
22101583130

Docteur Charles MORANDINI

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



DE L'ÉVOLUTION DES IDÉES

SUR LE

Traitement de la dystocie pelvienne

AUX XVIIIe, XIXe ET XXe SIÈCLES



PARIS

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1911

MEIS ET AMICIS

Ch. Morandini

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR BUDIN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARIÉ

Médecin de l'hôpital Laënnec

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Chirurgien de l'hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

AU DOCTEUR JOSEPH LEMELAND

Chef de Clinique adjoint à la Clinique Tarnier

A MES MAITRES

DE L'HOPITAL DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

LES DOCTEURS GRANDHOMME, LEVÊQUE
ET CHERERSESKI

AUX DOCTEURS GIROUX
BOURSIER DE LA ROCHE, VILLEJEAN
MAUREL, LEBOVICI, ETC.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BAR

Accoucheur des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui me fait l'honneur de présider cette thèse.

DE L'ÉVOLUTION DES IDÉES
SUR LE
Traitement de la dystocie pelvienne
Aux XVIIIe, XIXe, XXe siècles

AVANT-PROPOS

Au début de cette thèse dont le sujet traite un point de l'histoire de l'obstétrique et où nous avons cherché à exposer d'une façon succincte les méthodes employées aux XVIIIe, XIXe, XXe siècles, je me fais personnellement un devoir de rendre hommage à la mémoire de mon maître le professeur Budin. Son nom doit en effet rester gravé dans notre souvenir tant par l'influence qu'il exerça dans l'art de l'obstétrique que par les éloquentes leçons qu'il fit à ses élèves de la clinique Tarnier.

Le sujet de cette thèse a été emprunté à une leçon de M. le professeur Bar que nous avons entendue à la clinique Tarnier. Mais si nous avons trouvé là un guide précieux pour l'organisation générale de nos recherches et pour le plan de notre thèse ; nous avons tenu à nous reporter autant que possible aux textes originaux pour en tirer les conclusions qui

nous paraissaient personnellement justifiées. Que M. le professeur Bar veuille bien agréer tous nos remerciements pour la bienveillance qu'il m'a témoignée en m'aidant de ses conseils et en mettant à ma disposition sa bibliothèque.

Enfin, je remercie mon ami et ancien camarade de lycée, M. le Dr Joseph Lemeland, chef de clinique de M. Bar, de m'avoir guidé par ses connaissances approfondies de l'obstétrique dans l'élaboration et la rédaction de cette thèse. Je suis de plus sensible à cette marque de sympathie qu'il a manifesté à mon égard en n'hésitant pas à sacrifier une partie de son temps, parfois précieux, à me rendre un service scientifique.

INTRODUCTION

Une des questions les plus angoissantes de l'obstétrique est encore aujourd'hui celle de la dystocie pelvienne. Sans doute, nous avons à l'heure actuelle des règles bien définies, et, tout en réservant cependant de légères exceptions, l'on peut dire que l'accord est à peu près fait dans les grandes lignes ; mais il est une question toujours litigieuse, c'est celle du bassin limite : aussi n'est-il pas rare de voir plusieurs accoucheurs donner des avis diamétralement opposés sur un cas déterminé. La question n'est donc pas résolue, elle est et sera encore l'objet de nombreuses discussions. Nous ne nous proposons nullement, de lui apporter ici une solution définitive, mais il nous semble intéressant de faire actuellement un retour en arrière et de jeter un coup d'œil sur le passé, de voir les différentes manières d'envisager la question et de décrire autant qu'il est possible l'origine et le développement des méthodes que nous employons aujourd'hui. Car, ainsi que l'écrit Sue dans sa préface : « Quelle que soit la supériorité des modernes, on ne peut nier que les anciens ne

leur aient frayé le chemin dans lequel ils ont depuis facilement avancé. Les premiers ont fait plusieurs découvertes, auxquelles il a ensuite été aisé d'ajouter quelque chose... Il ne faut donc pas que l'ingratitude d'un côté, et l'envie de l'autre, nous fassent parler : il faut rendre justice des deux côtés et ne pas donner tout à un âge, et rien à l'autre. »

Mais quel que soit notre désir de rendre à chacun ce qui lui est dû, nous ne saurions cependant reprendre l'histoire entière des accouchements depuis la plus haute antiquité. Aussi laisserons-nous délibérément de côté toute l'histoire antique, pour commencer notre étude à l'époque où les accoucheurs se sont réellement occupés du bassin, et où ils se sont aperçus que l'obstacle à l'accouchement était constitué par un vice de conformation des parties osseuses. Nous nous trouvons ainsi amenés à étudier l'histoire de l'obstétrique en 1701 avec Deventer, Puzos et De la Motte, les prédécesseurs immédiats de Levret et Smellie, et notre travail va trouver une division toute naturelle en trois parties : le XVIIIe, le XIXe et le XXe siècles. Mais avant d'aborder directement l'étude du XVIIIe siècle « où on a commencé à connaître le défaut de la doctrine et de la pratique de Mauriceau », il nous semble indispensable de voir quelle était cette doctrine, de quelles opérations disposaient les accoucheurs, quels étaient en un mot les points acquis.

La doctrine jusqu'au début du XVIIIe siècle était assez vague. Les accoucheurs étaient surtout des

praticiens, et s'occupaient assez peu de théorie et de mécanique et l'on faisait jouer un rôle plus important aux déviations de la matrice et aux parties molles qu'aux lésions pelviennes.

Cependant quelques auteurs avaient étudié le bassin : déjà Avicenne au commencement du xi[e] siècle avait connu la possibilité de l'écartement des pubis dans l'accouchement même naturel, et Albucasis en 1085 pratiquait l'écrasement de la tête lorsqu'elle était trop grosse pour passer (1). Mais il faut arriver à Ambroise Paré et à ses élèves, Guillemeau et Séverin Pineau, pour avoir une première idée du rôle du bassin dans l'accouchement.

Certes ces auteurs ne nous décrivent pas le bassin exactement et il n'est pas question de diamètres, mais ils insistent sur la possibilité de la disjonction de la symphyse pubienne, qui doit agrandir le bassin. Séverin Pineau, qui en 1619 était recteur du collège de chirurgie, étudie longuement les os du bassin.

Mais ces auteurs attachaient trop d'importance à la disjonction des symphyses et Mauriceau leur en fait reproche : « Ces opinions sont aussi éloignées de la vérité que de la raison ; car l'anatomie nous fait voir très manifestement que ces os sont tellement joints, qu'il est même difficile de les séparer l'un de l'autre avec le scalpel, principalement ceux des îles d'avec l'os sacrum, et presque impossible en quelques femmes un peu vieilles sans grande violence. »

1. Suc, t. I, p. 100.

Pour Mauriceau, le bassin de la femme est disposé de manière à laisser passer l'enfant et il donne à l'appui de son dire,une figure où il compare le bassin de l'homme au bassin de la femme, mais il néglige d'en donner les dimensions. Pour lui tout l'obstacle siège au détroit inférieur, suivant que la rétropulsion du coccyx se fait bien ou mal. Toutefois, il admet dans certains cas la dystocie osseuse, car parlant des causes qui rendent l'accouchement difficile il nous dit : « les boiteuses ont quelquefois les os du passage mal conformés » (p. 260). Mais il n'insiste pas davantage sur ce fait,il attache beaucoup plus d'importance au défaut de développement de la poitrine qui empêche de bien faire valoir les douleurs.

Cependant à la même époque, Peu refusait d'épouser une boiteuse dans la crainte des difficultés des accouchement, qu'elle pourrait avoir.

En somme, on soupçonne à cette époque la dystocie pelvienne, mais on ne la connaît pas, et les diverses opérations que l'on tente ne sont pas destinées à la combattre.

Ces opérations quelles sont-elles? Elles sont en somme nombreuses : c'est la version podalique, l'embryotomie, et tout à fait à la fin du XVII[e] siècle, et seulement chez certains accoucheurs, une méthode secrète, le forceps.

Enfin reste la voie haute, l'opération césarienne.

Quel usage faisait-on de ces diverses opérations ?

La version était bien connue. On la faisait pour

les présentations de l'épaule, mais aussi dès Ambroise Paré pour les présentations du sommet : « Et posé ce faict qu'il fut tourné selon nature, ayant la teste au couronnement, pour dernièrement l'extraire par art, faut doucement la repousser contremont, et chercher les pieds, et les tirer près le couronnement. »

Mauriceau et Peu la conseillent : parlant de la tête qui se présente par le côté, Mauriceau conseille d'introduire la main et de chercher à la redresser. « Mais si cette tête ne se pouvait bien réduire à cause de la mauvaise situation du corps de l'enfant, qui empêche qu'on ne la puisse redresser comme je dis, pour lors, il faudra se servir du dernier remède pour sauver la vie à l'enfant, qui est de le retourner entièrement en luy allant chercher les pieds pour le tirer en ce même moment. »

Mais si on ne réussit pas, si la tête est profondément descendue, si on ne peut passer la main, alors il faut employer l'embryotomie. Les uns perceront simplement le crâne, le videront de son contenu et tireront après l'avoir accroché ; les autres emploieront les crochets tranchants, les autres les crochets mousses : nous ne saurions insister ici sur l'arsenal chirurgical de cette époque. Rappelons cependant le fameux tire-tête de Mauriceau qui occasionne tant de polémiques avec Peu.

Quant au forceps, c'était une méthode secrète, qu'on se gardait bien de répandre et de livrer au voisin. Sans doute, Chamberlain le traducteur et

l'ami de Mauriceau, le lui avait fait connaître. Mais si le grand accoucheur en faisait usage, ce n'était que rarement, et il n'en fait pas mention dans sa pratique.

Mais il y avait des cas de bassins tellement rétrécis que toute intervention par voie basse était impossible. Alors que faire ? C'était l'opération césarienne.

La césarienne avait eu un moment donné une vogue énorme. Nous ne remonterons pas à ses origines, et ne discuterons pas si c'est Scipion l'Africain ou un autre, César, qui dut son nom à la première hystérotomie.

Mais au XVI[e] siècle, en 1581, Rousset avait publié un petit livre : *Traité nouveau de l'hystéromotokie ou enfantement césarien.*

A ce moment, c'est l'enthousiasme.

> Ami, l'accouchement qui se présente ici
> est un nœud gordien : sois Alexandre aussi...

Rousset fait connaître sept observations d'opérations césariennes et Rauhin en apporte également plusieurs.

Cependant l'enthousiasme se calma bientôt. A. Paré et Guillemeau font de grandes réserves sur cette opération et ce dernier écrit dans *l'Heureux accouchement*, livre II, chapitre XXVIII (1) : « Aucuns tiennent que telle section césarienne se peut

---

1. *In* Guéniot. Thèse d'agrégation, 1866.

et doit practiquer, la femme estant vivante, ce que je ne puis conseiller de faire, pour l'avoir expérimenté par deux fois en la présence de M. Paré... De cinq femmes auxquelles telle opération a été faite, il n'en est reschappé aucune. Je sçay, ce que l'on peut mettre en avant qu'il y en a qui ont esté sauvées ; mais quand cela serait arrivé, il le faut plus tost admirer que practiquer ou imiter : d'une seule arondelle on ne peut juger le printemps, n'y d'une seule expérience l'on ne peut faire une science. »

Déjà l'emballement a considérablement diminué. Mais avec Peu et Mauriceau, nous allons voir jeter l'anathème sur cette opération barbare.

Pour une fois les deux adversaires sont d'accord.

« Je ne l'ai point faite (la césarienne), écrit Peu, je n'ai pas envie de commencer. Fraie le chemin qui voudra, je n'y veux marcher que sur les pas d'un autre qui en soit honorablement sorti (1). »

Quant à Mauriceau, c'est encore plus net, il dit que l'accoucheur peut toujours extraire l'enfant soit entier soit par morceaux « sans qu'il soit nécessaire que par un trop grand excès d'inhumanités, de cruauté et de barbarie, il en vienne à la section césarienne pendant que la mère est vivante, comme quelques auteurs par trop téméraires ont ordonné et quelquefois eux-mêmes pratiqué ; ce que plusieurs ignorants font encore tous les jours à la campagne par un per-

1. *Pratique des accouchements, in* thèse Guéniot.

nicieux abus que tous les magistrats devraient empêcher.

. . . .

» C'est pourquoi revenons à notre thèse qui est qu'on ne doit jamais, en quelque occasion que ce soit, entreprendre cette opération qu'incontinent après le décès de la mère. »

La doctrine est donc bien nettement exprimée. Mauriceau l'applique d'ailleurs dans sa pratique et Deventer lui reprochera d'avoir laissé mourir une femme sans avoir tenté la césarienne (1).

« Oubliant ce principe de Celse qu'il adopte ailleurs : il vaut mieux faire usage d'un remède incertain que d'abandonner son malade (2). »

Ainsi à la fin du XVIIe siècle la question est bien posée.

L'anatomie du bassin est peu ou pas connue. On connaît le rôle du coccyx, on l'exagère même un peu. Les accoucheurs possèdent la version dont ils se servent fréquemment, le forceps qui n'est pas encore répandu, l'embryotomie avec les crochets que l'on préfère à la césarienne qui est toujours mortelle, et l'on pourrait comme conclusion donner le jugement que porte M. de Haller sur le compte de Mauriceau :

« Mauriceau exerça à Paris, pendant plusieurs années, l'art des accouchements, et y excella : médiocre dans la science anatomique, et malheureux

1. Observation XXII de Mauriceau.
2. Deventer, p. 356.

dans l'invention de nouveaux instruments, il mérita beaucoup de louanges pour avoir euseigné plus positivement, après les différents efforts d'autres accoucheurs, qu'on doit tirer par les pieds l'enfant qui se présente mal dans la matrice (1). »

Sans doute ce jugement est un peu sévère et dur, mais on peut dire qu'il juge l'œuvre accomplie dans le siècle qui vient de s'écouler et nous prépare à l'énorme mouvement qui va se produire dans le siècle suivant, que l'on peut considérer à juste titre comme le grand siècle de l'obstétrique.

---

1. Sue. t. II, p. 191.

PREMIÈRE PARTIE

LE XVIIIe SIÈCLE

Examiner l'histoire de l'obstétrique au XVIIIe siècle c'est certes voir les plus belles pages de cette histoire. Ce siècle s'étend, en effet, de Deventer à Baudelocque et comprend les noms de De la Motte, Puzos, Smellie, Levret, Sigault...

C'est le siècle où on a décrit le bassin, où on a exploré pour la première fois les bassins rétrécis. C'est le siècle où est né réellement le forceps, où pour la première fois on a pratiqué la symphyséotomie, où on a commencé l'accouchement prématuré provoqué. Aussi pour étudier plus aisément l'histoire de cette période si brillante devons-nous diviser notre étude, elle y gagnera en clarté et en précision, et nous étudierons ainsi dans un premier chapitre : *les prédécesseurs de Levret et Smellie : Deventer ;*

Dans un deuxième chapitre, *Levret et Smellie.*

Dans un troisième chapitre, *la fin du* XVIIIe *siècle et la symphyséotomie.*

CHAPITRE PREMIER

LES PRÉDÉCESSEURS DE LEVRET ET SMELLIE

En 1701, à l'aurore du nouveau siècle, paraissait à Leyde un livre intitulé : *Observationes chirurgicæ, novum lumen exibentes obstetricibus*. Ce livre était l'exposé de la doctrine de Henri de Deventer qui pratiquait la médecine en Hollande.

Cet ouvrage, qui était le fruit de douze années de pratique et d'observation longue et réfléchie, est présenté par son auteur comme un progrès immense sur tout ce qui a paru avant lui, et il se fait fort « d'expliquer solidement les causes des accouchements difficiles, et en conséquence de trouver une méthode sûre pour remédier à ce mal ou le prévenir » (Préface).

Qu'est-ce que cet auteur et que nous enseigne son ouvrage ?

Henri de Deventer, était un ouvrier orfèvre, originaire des Flandres. Très instruit dans son art il l'abandonna cependant pour se consacrer à l'étude de la chirurgie et devint bientôt un maître en orthopédie. Il se consacra également à l'étude des accouchements, et y apporta sa méthode d'orthopédiste

et d'artisan. Très observateur, ne négligeant aucune occasion de s'instruire, Deventer, fait de l'étude de l'anatomie la base de ses connaissances. « Les observations exactes sur les accouchements, jointes aux lumières que j'empruntais de l'anatomie des femmes mortes en cet état, commencent à me faire connaître la cause de l'obscurité et des contradictions qui se trouvent dans ces ouvrages (ceux de ses prédécesseurs). » (Préface).

Ces connaissances anatomiques,Deventer les juge indispensables pour quiconque veut s'occuper d'accouchementsə t nous voyons cela très manifestement exprimé dans les principes qu'il pose dès le début de son livre. « Il faut, dit-il, que les sages-femmes aient une connaissance claire de l'utérus, du vagin et de son orifice, de la vessie, de l'intestin-rectum, du bassin et des os qui le composent, de leur forme ou figure ; et cela parce que c'est dans le bassin que sont contenus l'utérus,la vessie et l'intestin-rectum. »

Mais il y a plus,ce bassin les sages-femmes devront savoir l'explorer, et Deventer comme deuxième principe demande aux accoucheurs « de connaître parfaitement la manière de *toucher* une femme grosse, ce que c'est que cette opération, pourquoi et à quoi elle est nécessaire ».

Voilà donc deux points bien marqués qui séparent nettement cet auteur du siècle précédent : la connaissance du bassin, la pratique du toucher.

Voyons jusqu'à quel degré Deventer poussait la connaissance de l'un et de l'autre, nous étudierons

ensuite quelle conduite il tenait dans le cas de dystocie pelvienne.

Comment Deventer se figure-t-il le bassin ? A cette question on ne saurait mieux répondre qu'en examinant avec lui les deux planches qu'il en donne. Pour la première fois nous voyons le bassin représenté de face et de profil, et il justifie cette manière de procéder : « comme les os du bassin, dans leur situation naturelle, ne peuvent que très difficilement se représenter sans que l'un cache l'autre, j'en donne deux figures différentes. La première représente le bassin entier et de face. On y voit distinctement tous ses os, le bord supérieur de sa concavité, sa figure et sa capacité suivant les proportions des os (fig 1).

» Mais comme dans cette figure on a l'os sacrum en face et que, dans cette situation, il était impossible de dessiner exactement ses courbures, je l'ai fait représenter de profil dans la seconde ; et pour plus de clarté j'ai fait retrancher les os du côté gauche... »

Mais suivons l'auteur dans son étude, et voyons d'abord le bassin vu de face. L'auteur décrit avec soin chacun des os, leur forme, leur situation, etc... Nous n'y insisterons pas ; mais il envisage le bassin dans son ensemble, en décrit différentes formes et voit l'importance du détroit supérieur comme nous le montrerons dans un instant. Mais ici il n'est question que de forme et de vagues dimensions : « Souvent les femmes d'une taille au-dessus de la médiocre

ont le bassin petit; quelques-unes ont le bassin plus profond, d'autres plus large, d'autres plus grand; d'autres d'une figure plus approchante de la ronde ou de l'ovale. On ne peut rendre raison de ces différences; cependant elles donneront lieu à des observations d'une grande importance dans la pratique. »

L'auteur enfin envisage la possibilité de l'agrandissement du bassin pendant l'accouchement. Il admet la possibilité de l'écartement des pubis, mais dit-il « il faut convenir que le cas est rare et que cet écartement est d'un faible secours ». Mais il a vu les mouvements en totalité du sacrum comme semble bien le montrer le passage suivant: « L'augmentation du bassin en grandeur dans le temps de l'accouchement vient de ce que l'os sacrum *recule en entier*, ou au moins sa pointe que nous avons appelé coccys. » Et sur cette idée il base une méthode de traitement que nous étudierons plus loin.

Mais passons à la chose vraiment nouvelle, à l'étude du bassin vu de profil. Deventer nous décrit la concavité du sacrum et il y insiste : « J'ai eu deux raisons principales pour donner une planche de profil de ces os : 1° afin qu'on put voir la courbure de l'os sacrum... Car l'os sacrum et les vertèbres de l'épine ne forment pas de haut en bas une ligne droite. L'épine commence à se courber en dedans, à l'endroit de ses dernières vertèbres, et des premières de l'os sacrum, et tout d'un coup, elle se recourbe en dehors, de manière que dans quelques sujets elle forme presque un triangle: *ce qui arrive*

pour l'ordinaire quand la courbure intérieure des deux ou trois premières vertèbres est plus considérable. »

Ne voilà-t-il pas bien décriis le promontoire et la partie supérieure du sacrum, et même certaines formes assez fréquentes de sacrum rachitique. Mais achevons la description : « La partie moyenne de l'os sacrum s'étant courbée en dehors se recourbe en dedans, de manière que la pointe du coccyx va regarder la partie inférieure des os pubis, et laisse entre elle et les os d'assiette (les ischions) un vuide assez petit lequel est rempli par l'utérus, le vagin, le rectum et le col de la vessie. »

L'excavation est aussi bien décrite, sans doute nous sommes loin de la conception moderne, l'auteur ne nous donne pas de diamètres, pas de mensurations. Son dessin de la courbure du sacrum est loin de celui que nous en donnera Levret, mais cette description du bassin dépasse et de beaucoup tout ce qui a été fait au siècle précédent.

Voici examinée la première raison donnée par Deventer de son bassin vu de profil. La deuxième n'est pas moins intéressante ; l'auteur l'exprime ainsi : « c'est la nécessité de détromper les sages-femmes qui ne connaissant pas exactement la situation des os du bassin s'imaginent que l'utérus et le vagin sont situés sur la même ligne que l'épine. » Et ce faisant l'auteur précise assez exactement l'axe du détroit supérieur, il le figure par la ligne B sur sa figure, marque l'angle qu'il fait avec la verti-

cale A (fig. 2) et dans son texte il l'explique de la manière suivante : « sa direction est oblique en montant du bas vers le devant suivant une ligne que l'on suivrait si l'on voulait prendre le nombril par là » et il justifiera plus loin la grande importance de cet axe ; en effet, étudiant si l'accouchement sera aisé ou non, il admet qu'il sera aisé si l'utérus et l'enfant se présentent suivant cet axe : « car si l'enfant et la matrice n'avaient point été situés sur une ligne tirée de la cavité du bassin au nombril qui est la direction naturelle de la matrice... son orifice et la tête n'auraient pu tomber directement dans le bassin. »

Telles sont les connaissances de Deventer sur le bassin normal. Il connaît les os, leur aspect, la forme générale du bassin, l'excavation, la concavité du sacrum, l'axe du détroit supérieur. Il sait que l'on peut agrandir l'excavation par la rétropulsion du sacrum.

Il y a plus, il connaît la dystocie pelvienne. Il lui consacre tout son chapitre XXVII qu'il intitule : *Comment les vices de conformation du bassin peuvent empêcher l'accouchement.*

Là il insiste sur le manque de proportion entre la taille de la femme et la grandeur du bassin, il décrit la forme de la tête de l'enfant né en bassin rétréci et il distingue les bassins en trop petits et trop aplatis. Le trop petit c'est le généralement rétréci, mais il nous donne une définition très nette du bassin plat : « J'appelle bassin aplati, celui où quoique les os

des îles soient suffisamment éloignés l'un de l'autre, les os pubis s'approchent trop de la courbure supérieure de l'os sacrum ; ou bien si l'on conçoit mieux par la seconde figure, où la distance de l'os pubis à la courbure supérieure de l'os sacrum n'est pas assez grande. »

On se demande vraiment en parcourant ces lignes comment il se fait que l'auteur n'ait pas donné de mesures exactes. Sans doute il ne nous parle pas des diamètres mais il est incontestable qu'il a longuement étudié le promonto-pubien.

Il y a plus, il indique les conséquences de ce rétrécissement : « Cette structure du bassin non seulement empêche l'entrée de l'enfant s'il a la tête grosse, quoique la matrice soit bien placée, mais occasionne l'inclinaison de la matrice en devant ou en arrière, de l'un ou de l'autre côté. » Y a-t-il là une constatation de l'asynelitisme ?

Ces bassins rétrécis et aplatis, Deventer les diagnostiquait par le toucher. Son traducteur Bruier d'Ablaincourt insiste sur le grand rôle que l'auteur fait jouer à cette pratique et nous déclare que « M. Deventer est le premier qui ait parlé de l'attouchement *ex professo* ».

Mais Deventer se contente de conseiller ce toucher sans donner une réelle méthode, et quand il parle des services qu'il peut rendre il insiste surtout sur l'examen du col, de la poche des eaux, etc...

Néanmoins lorsqu'il donne les règles que doit suivre la sage-femme qui arrive près d'une femme



Fig. 1. — Bassin vu de face de Deventer

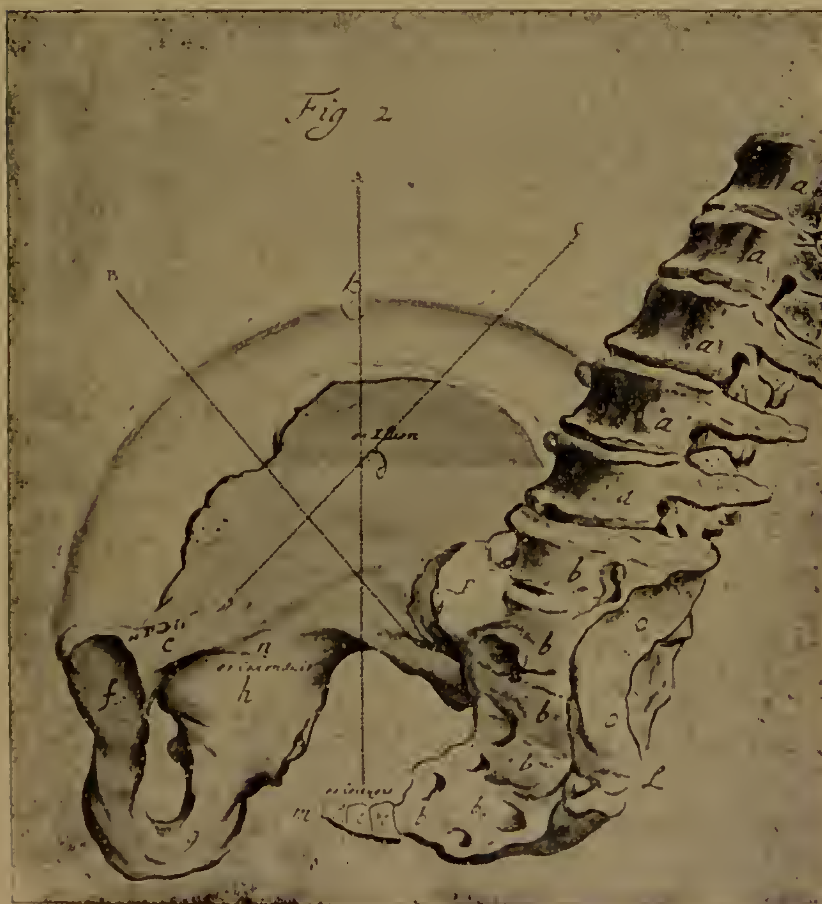


Fig. 2. — Bassin vu de profil de Deventer

en couches il écrit : « Elle doit donc commencer aussitot par toucher la femme ; pour sçavoir exactement, la situation de la matrice, et de l'enfant, et si ce dernier est bien tourné, et se présente bien. Il faut encore qu'elle examine la figure du bassin, *s'il est grand ou petit*, *rond ou plat*, et comment la matrice et l'enfant sont placés ou tournés, *dedans* ou *au-dessus*. » Et plus loin il ajoute encore : « Le premier devoir de la sage-femme avant même que la matrice et l'enfant soient tombés dans le bassin est de s'éclaircir avec soin de la conformation du bassin, savoir si son bord est rond ou aplati, large ou étroit, et de régler ses démarches sur cette connaissance. »

Ainsi Deventer s'il ne fait pas de pelvimétrie fait de la pelvigraphie, il se rend compte de l'état du bassin et règle sa conduite d'après les renseignements que lui fournit le toucher.

C'est cette conduite qu'il nous reste à étudier. Deventer a à sa disposition la version, les crochets, les lacs, l'opération césarienne. Il y ajoute son procédé de rétropulsion du sacrum.

Un premier point pour caractériser la pratique de Deventer : il emploie les instruments le plus rarement possible.

« En voilà je pense assez, écrit-il page 345, pour faire connaître que l'usage des instruments est très rare dans la profession et pour la laver du reproche de cruauté qu'on lui fait dans le monde. C'est aux personnes judicieuses à prendre de justes mesures pour faire soulager à tems les personnes pour qui

elles s'intéressent puisqu'à moins qu'elles ne portent un monstre, l'aecoucheur ne sera jamais obligé d'ensanglanter ses mains. »

Les erochets sont donc des instruments d'exception que l'on doit éviter. Leurs indieations sont les suivantes : volume exagéré du fœtus, en totalité ou en partie, enclavement de la tête dans le bassin.

« Je sçais bien, ajoute l'auteur, que ces cas se présentent, mais je sçais aussi que je ne m'y suis jamais trouvé. J'ai toujours réussi à tirer par les pieds tous les enfants qui se sont présentés et je n'ai jamais eu le malheur de leur arracher la tête ou de la laisser dans la matrice. »

C'est donc à la version qu'a reeours Deventer dans les cas difficiles. Il l'emploie toutes les fois que la tête n'est pas trop profondément engagée et que la main peut la repousser pour aller ehereher les pieds.

Mais le point le plus intéressant de la pratique de cet auteur c'est qu'il fait la version préventive en bassin rétréci, pour éviter d'avoir à terminer par une embryotomie : « Il y a encore un autre cas, où les enfants qui présentent la tête à l'orifice ne peuvent passer par le bassin, et que par eette raison il faut traiter comme morts. Cependant quand on a prévu le coup, on peut sauver la mère et l'enfant en le retournant, et le tirant par les pieds au commencement du travail. C'est ee qui arrive à quelques femmes qui ont l'os sacrum fort courbé en devant et le eoccyx roide et presque inflexible. »

Mais si la tête a franchi le détroit supérieur ou si on ne peut la repousser il faut essayer de la rétropulsion du sacrum et du coccyx. Pour ce faire, l'auteur place la femme en décubitus dorsal, les cuisses fléchies, le siège surélevé, mais le sacrum libre ne portant pas sur le lit, et au moment où la femme pousse il repousse, avec sa main introduite tout entière dans le vagin, le sacrum et le coccyx. Nous n'ajouterons pas que Deventer annonce les résultats les plus merveilleux de l'emploi de cette méthode.

Mais il y a des cas où toutes ces méthodes échoueront : l'extrême aplatissement du bassin est un de ces cas.

Que faire alors ? C'est la césarienne.

Pour Deventer il n'y a que deux indications formelles à la césarienne : l'extrême aplatissement du bassin et le cancer du col utérin.

Il ne répugne pas à pratiquer cette opération, il la justifie des attaques trop vives dont elle est l'objet, mais et là encore Deventer est un précurseur, il veut que l'opération césarienne soit décidée après l'examen du bassin et qu'on n'attende pas pour la pratiquer que la femme soit en travail depuis plusieurs jours et par conséquent épuisée :

« Que l'opérateur examine donc si attentivement, ce qui empêche l'enfant de s'avancer au passage ; qu'il puisse décider sur le champ la possibilité de l'accouchement. Nous avons marqué les cas où il est physiquement impossible. Il cst alors inutile d'attendre que les choscs changent de face. »

Dans ce cas il faut opérer, et si on ne se sent pas les qualités suffisantes pour le faire, avoir recours à quelqu'un qui les possède.

Telles sont les données fournies par Deventer en 1701. Si nous les résumons en une brève énumération, nous voyons, qu'il a décrit le bassin, son excavation, la courbure sacrée ; il a vu le bassin plat, il a vu l'importance de la version en bassin rétréci, et il a su fixer les indications de l'opération césarienne, tout cela grâce à l'exploration du bassin.

Telle est l'œuvre de Deventer, qui constitue incontestablement un progrès énorme, et qui permet de considérer l'accoucheur hollandais comme le vrai précurseur de l'obstétrique moderne.

Son ouvrage fut traduit en plusieurs langues et se répandit dans l'Europe entière, et l'on peut dire que tous les accoucheurs qui écrivirent ensuite en dérivent plus ou moins. Tels sont en France La Motte et Puzos.

Nous n'insisterons pas longuement sur ces deux auteurs, rappelons toutefois que tous les deux se sont préoccupés de la dystocie pelvienne, et que tous les deux examinaient le bassin. Cependant Puzos eut l'idée d'examiner le bassin de la femme pour savoir si on pouvait lui conseiller le mariage. Il alla plus loin, il enseigna cette pratique pendant un certain temps, mais il l'abandonna bientôt : « J'ai à me reprocher d'avoir dit autrefois dans mes leçons à Saint-Côme, qu'il fallait proposer aux parents l'examen de la jeune fille et j'enseignais la manière de faire cet

examen. Mais réfléchissant ensuite sur l'indécence d'un pareil examen, je me suis bien gardé de l'insérer ici, d'autant plus que l'on commet par cette opération une indécence inutile, car on n'a pas besoin d'un examen scrupuleux pour former sa décision. »

Cette décision il la basera sur l'examen général du squelette, car il connait assez bien les lésions rachitiques et leur retentissement sur le bassin.

Quant à la conduite de Puzos, elle s'éloigne un peu de celle de Deventer car il a dans son arsenal un instrument de plus. Il écrit en effet à propos de l'enfant arrêté au passage et sur lequel on ne peut pratiquer la version :

« Il faut dans ces cas faire en sorte de tirer l'enfant avec un instrument qui ne le tue pas, qui lui conserve au contraire la vie, s'il en jouit encore. Cet instrument est d'autant plus utile et plus sûr qu'il a été bien perfectionné de nos jours... on nomme l'instrument dont nous parlons, en latin forceps. »

C'est qu'en effet, en France, vers 1710, Palfin, chirurgien à Gand, avait présenté à l'Académie des Sciences ses cuillers pour tirer la tête et qu'en Angleterre en 1733 Edmond Chapman publiait un abrégé de la pratique des accouchements, où il donnait la description du forceps de Chamberlain.

L'obstétrique est donc dotée à cette époque de ses principaux instruments et de ses principales méthodes. L'étude du bassin est nettement commencée, les accoucheurs suivants devaient largement perfectionner ces méthodes.

CHAPITRE II

LEVRET ET SMELLIE

Sur les bases jetées par les auteurs précédents, deux grands accoucheurs, l'un Français, Levret, l'autre Anglais, Smellie, vont bâtir tout l'édifice de l'obstétrique moderne. Avec eux commence véritablement la période scientifique, « et l'on peut dire que tous deux ont imprimé une telle impulsion à la science que jusqu'à la révolution imprimée à la pratique par l'antisepsie on a été élèves de Levret ou de Smellie » (1).

De nature différente, rivaux bien qu'éloignés l'un de l'autre, ils vont chacun, suivant sa méthode particulière, doter l'obstétrique d'indications opératoires nettes et d'opérations réglées.

Avec Levret, clinicien audacieux, chirurgien volontiers opérateur, mécanicien génial, nous allons voir se développer l'instrumentation et les méthodes instrumentales. Premier élan donné à la grande école

1. Leçon de M. P. Bar.

chirurgicale française et qui aboutira avant la fin du siècle à la symphyséotomie.

Avec Smellie, plus sobre d'interventions, plus timoré, plus médecin, les méthodes de douceur vont se trouver mises en valeur et leur aboutissant sera l'accouchement prématuré provoqué.

L'œuvre de chacun de ces deux grands hommes est également belle : nous ne voulons faire entre eux ni parallèle ni comparaison. Ils se sont complétés l'un l'autre si l'on peut dire, creusant chacun de son côté un sillon du même champ. Leur œuvre doit donc être étudiée séparément comme les deux paragraphes d'un même chapitre dont la conclusion marquera la somme des résultats obtenus.

André Levret enseignait à Paris l'art des accouchements. Il avait un enseignement très suivi et fort bien organisé, en même temps théorique et pratique. L'instruction théorique il la donne dans ses cours, dans ses leçons qu'il publie pour la première fois en 1753. L'instruction pratique, il la donne au lit du malade, mais comme il juge cela insuffisant et qu'il veut que chacun de ses élèves possède « presque toute la science que le public est en droit de désirer dans un bon accoucheur... » je les exerce, dit-il. aux opérations « en les exécutant sur des phantômes méchaniques que j'ai inventés dans cette vue ; en sorte que lorsqu'on s'est, sous ma direction, suffisamment exercé sur ces machines, on se trouve en état d'entrer dans la pénible carrière de la Pratique ».

Quel était l'enseignement théorique donné par Levret?

Levret étudie longuement l'anatomie du bassin, et cela va être le point de départ de tout son enseignement :

« L'on ne doit pas exclure des parties de la génération dans les femmes, les parties osseuses qui environnent les parties molles, puisqu'outre qu'elles leurs servent de soutien et d'appui, elles contribuent toujours, par leur bonne ou par leur mauvaise conformation, à faciliter l'accouchement ou à le rendre laborieux et quelquefois même impraticable par les voies naturelles. »

Cette étude, il la divise en deux parties, le bassin normal, le bassin vicié.

Il décrit les os qui constituent le bassin, mais avec plus de soin qu'on ne l'avait fait avant lui : au lieu du sacrum recourbé de Deventer, nous trouvons chez Levret l'estimation de la courbure sacrée: « La longueur la plus ordinaire de l'os sacrum est entre 3 et 4 pouces, de sa pointe au milieu de sa base ; et la profondeur de sa partie concave, entre 6 et 8 lignes : ceux qui ont moins de profondeur sont aplatis et ceux qui en ont plus sont trop creux. »

Voilà donc une fois pour toutes le sacrum et sa courbure bien décrits et bien vus.

Il précise dès le début les rapports des os entre eux, montre que les mouvements de bascule du sacrum diminuent tantôt le détroit supérieur, tantôt le détroit inférieur, suivant qu'ils se font en avant ou

en arrière, montre que lorsque l'arc antérieur du bassin est de grand rayon, le bassin est souvent rétréci : « Lorsque les os pubis sont aplatis, l'entrée supérieure du bassin est rétrécie à proportion de leur aplatissement. » Enfin il signale que les épines sciatiques peuvent être une cause de dystocie : « Si les épines des os ischions sont considérables elles nuisent dans l'accouchement toutes les fois que la face de l'enfant descend latéralement. »

Mais laissons de côté cette description osseuse pour arriver immédiatement à la « construction du bassin », comme dit l'auteur. Le bassin se divise en grand et petit bassin, et dès le début Levret montre que seul le petit bassin, l'excavation intéresse vraiment l'accoucheur. Il lui décrit trois parties : l'entrée, la capacité, la sortie.

A l'entrée (le détroit supérieur), « on doit reconnaître trois diamètres principaux (surtout pendant le travail de l'enfantement) dont le plus grand le traverse obliquement tant à droite qu'à gauche, le petit va d'un côté à l'autre, et le moyen croise celui-ci à angle droit ». Voilà pour la première fois la description des diamètres du détroit supérieur. Levret les a évidemment mesurés, puisqu'il nous donne les rapports entre ces différents diamètres, mais il néglige de nous donner ces dimensions : « La longueur des deux derniers diamètres est sujette à varier, mais celle des premiers l'est très rarement. » Cependant l'auteur connaissait bien l'importance des dimensions du diamètre antéro-postérieur, puis-

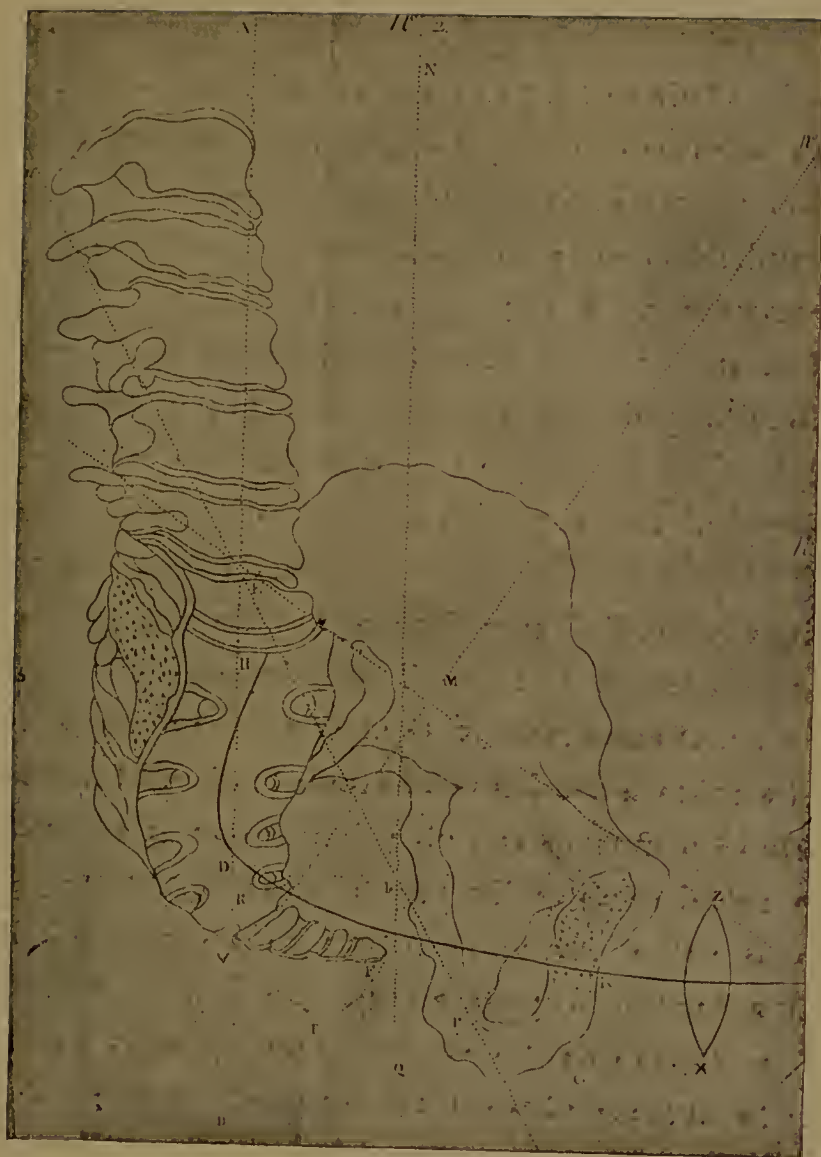


Fig. 3

qu'il le mesurait sur les femmes en couches, nous le montrerons plus loin.

Pour le détroit inférieur, Levret donne des dimensions, le biischiatique doit avoir 4 pouces, et il montre que ce détroit présente les mêmes dimensions dans tous les sens.

Quant à la cavité même elle est « beaucoup plus spacieuse dans tous sens que son entrée et sa sortie, on en doit excepter l'espace compris entre les deux épines des os ischions ; cet espace égale ordinairement un des trois diamètres de l'entrée supérieure du bassin ou un des côtés du triangle de la sortie ».

Telle est la description donnée par Levret, et nous voyons dès maintenant quel énorme progrès elle réalise sur les descriptions antérieures. Détroit supérieur, détroit inférieur, excavation et courbure du sacrum, et presque déjà le détroit moyen, tels sont les points entièrement nouveaux définitivement acquis. Mais il y a plus, Levret décrit les axes du bassin, au moyen d'une figure, dont l'exactitude si parfaite, est d'autant plus frappante qu'on la compare à celle donnée par Deventer quarante ans plus tôt (fig. 3).

Il décrit l'inclinaison du détroit supérieur, montre que l'horizontale menée par le rebord de la symphyse pubienne vient rencontrer la dernière articulation des vertèbres sacrées (ligne CD —). Cette ligne fait avec celle qui irait du pubis au promontoire (CE) un angle de 35 degrés environ. Une

parallèle à cette ligne menée par la pointe du coccyx passe au bas de la vulve (F. G.).

Nous voyons ainsi les plans qui correspondent aux deux étroits supérieur et inférieur. Pour avoir les axes, il suffira de mener trois perpendiculaires sur ces différentes lignes qui les diviseront en parties égales et nous obtenons ainsi, le premier des 3 axes. L'axe du détroit supérieur qui vient aboutir à la pointe du sacrum, le second N axe de l'excavation à la pointe du coccyx, le troisième O plus loin près de l'anus.

Cela, nous dit l'auteur, sert à expliquer le déplacement de l'axe vertical de la tête au cours de l'accouchement. Mais n'insistons pas sur ce mécanisme de l'accouchement que Levret, il faut le reconnaître, décrit très insuffisamment et voyons ce que l'auteur pense des bassins rétrécis.

Pour Levret la grande cause de rétrécissement du bassin c'est le rachitisme, qui agit en ramollissant les os et en provoquant des déformations et des déplacements. Il attache une grande importance à la saillie du promontoire, mais parle peu du bassin généralement rétréci. Quant aux mensurations, dans son livre Levret n'en donne aucune indication, tout au plus il nous dit : « Pour pouvoir judicieusement décider de l'impossibilité absolue de l'accouchement d'une femme à terme, il faut que le vuide du bassin soit rétréci au point que la main d'aucun accoucheur ne puisse y pénétrer, ou au moins qu'il ne la puisse retirer lorsqu'elle a saisi un des pieds de l'enfant. »

Nous verrons plus loin que la pratique de Levret était différente. Mais auparavant il nous faut signaler que l'auteur attache une grande importance au diamètre de la tête fœtale qui se présente. Cette tête il la décrit conique en deux sens, c'est dire qu'elle a deux bases et deux sommets.

« La première des deux bases est la face, et la seconde la partie de la tête qui se joint au col ; celle-ci a pour sommet le vertex, ou le dessus de la tête, et celle-là sa partie postérieure. »

Or la tête a différents diamètres : le sous-mento bregmatique qui est le plus grand, le bi-temporal qui est le plus petit et les diamètres moyens qui sont tous les autres.

« L'on conçoit donc qu'une des facilités de l'accouchement dépend en partie de ce que les diamètres de la tête de l'enfant se présentent en raison concordante avec ceux du bassin de la mère. » Levret n'en dit pas plus, il ne nous décrit pas le mécanisme de l'engagement ni de l'accouchement. Sans doute il devait bien reconnaître les différentes positions de la tête, puisqu'il décrit les sutures et les fontanelles et qu'il pratiquait le toucher. Mais voyons ce que lui fournissait le toucher pour le diagnostic des bassins rétrécis. Sur ce point, dans son *Traité de l'art des accouchements*, à part la phrase déjà citée sur le toucher manuel dans les bassins rétrécis, nous ne trouvons que l'indication suivante :

« § 456. On peut souvent juger, par le toucher, si une femme dont le bassin est difforme, pourra

accoucher par les voies naturelles, ou s'il y a un obstacle invincible à la sortie de l'enfant. »

Il ne semble pas, d'après ces indications, que Levret mesurait le degré d'angustie pelvienne. Il nous semble cependant que ce grand clinicien faisait de la pelvimétrie digitale, et nous citerons à cet égard cette phrase empruntée au mémoire de Sigault, parlant du quatrième accouchement de la femme Souchot : « M. Levret ayant examiné le premier en présence de toutes ces personnes, la femme Souchot, prit les dimensions du bassin qu'il annonça être de deux pouces et demi dans son petit diamètre qui s'étend du sacrum au pubis. »

Cela nous suffit pour conclure, et nons voyons par ce rapide exposé que Levret connaissait bien le bassin, connaissait le moyen de l'explorer, et basait sur les dimensions que lui fournissait le toucher la conduite qu'il devait suivre.

Quelle était sa ligne de conduite ?

On pourrait réduire à un mot le traitement de la dystocie pelvienne par Levret, il employait le forceps. Sans doute, il connaissait les autres interventions mais s'en servait peu : « On pourrait très souvent prévenir tous les désordres qui peuvent suivre de l'enclavement de la tête de l'enfant ; si on prenait promptement le parti de terminer l'accouchement par le moyen du forceps, et surtout du forceps courbe de ma dernière correction. »

Levret avait, comme on le sait, modifié le forceps : au forceps droit de Chamberlain, il avait ajouté la

courbure pelvienne. Si bien qu'au lieu d'être limité dans les prises de forceps à la vulve il faisait des prises élevées (1).

Il écrit en effet : « Le premier cas où l'on peut se servir très utilement du forceps, dans une femme bien conformée, est essentiellement lorsque la base du crâne est encore placée au-dessus du détroit supérieur des os du bassin, pendant que le casque osseux est dans le vagin, et que le museau de la matrice est comme effacé à force d'être dilaté. »

Il s'en sert aussi pour « déclaver dans tous les cas la tête de l'enfant », quelle que soit sa position, et il fait remarquer que l'instrument est toujours fidèle, car « la tête la plus enclavée permet toujours l'introduction des branches d'un forceps bien fait et bien manié ».

Il se sert encore du forceps pour extraire la tête restée seule dans la matrice et le préfère aux crochets.

Levret avait fait usage à un certain moment d'un tire-tête spécial à trois branches, instrument ingénieux, mais trop complexe. Après l'avoir longuement défendu dans plusieurs de ses ouvrages et notamment dans sa réponse à M. Bœhmer dans ses *Observations sur les accouchements laborieux*, il en est revenu à lui préférer le forceps. C'est ce qu'il dit, en effet, dans une note : « Grâces à Dieu, j'en suis venu là

---

1. Nous ne saurions insister ici sur la transformation du forceps par Levret sans nous écarter de notre sujet. Nous rappelons seulement le fait utile pour la compréhension.

aujourd'hui, en sorte que je ne conseille plus actuellement mon tire-tête à trois branches..... Mon forceps courbe remplissant éminemment en effet ses avantages et ayant celui d'être plus simple et plus aisé à employer... »

En somme le forceps est son instrument de choix, celui qui répond à la grande majorité des cas ; il y en a cependant où il ne réussit pas, et où il ne faut pas l'employer. « La tête d'un enfant à terme, ou qui s'en approche beaucoup, ne s'enclave jamais dans un bassin très mal conformé, il ne faut donc pas alors tenter de se servir du forceps. » Voilà bien l'exception. Que peut-on faire alors ?

Les crochets ? Levret ne les aime pas et ne leur reconnaît que trois indications formelles : la dystocie gémellaire, la tête enclavée en bassin très rétréci *l'enfant étant mort* « et le troisième, lorsqu'au lieu de se servir du forceps pour déclaver la tête de l'enfant, on aura par des manœuvres inconsidérées arraché cette tête, et qu'il sera absolument impossible de saisir une des épaules de cette infortunée victime de l'impéritie ».

Voilà les trois seuls cas où Levret fasse usage des crochets, mais encore conseille-t-il l'emploi de son crochet à gaine dans ce dernier cas, pour moins blesser les parties maternelles.

Quant à la version, Levret ne l'emploie pour ainsi dire pas dans les bassins retrécis, il la déconseille presque lorsqu'il écrit : « Plus le bassin de la mère est étroit et l'enfant volumineux, plus on a de peine

à terminer cette opération, en supposant l'introduction de la main possible. » Reste la césarienne : cette opération vient de faire l'objet du rapport de Simon à l'Académie de Chirurgie. Levret l'admet dans les cas de rétrécissements extrêmes du bassin, rétrécissements qu'il attribue le plus souvent au rachitisme. Mais la formule qu'il donne du bassin-limite pour pratiquer l'opération césarienne est celle que nous avons déjà donnée plus haut : le bassin d'où la main ne peut ressortir en tenant un pied de l'enfant.

Sur la technique même, Levret conseille:

1° De n'entreprendre l'opération qu'à bon escient et de l'éviter « lorsque des mains imprudentes auront causé des désordres, dans les parties de la mère ; »

2° D'évacuer vessie et rectum ;

3° D'éviter de blesser foie et rate et de se méfier des hernies. Il emploie ensuite la méthode de Rousset et Ruleau. Mais il conseille l'emploi d'un bistouri spécial de son invention, « bistouri qui a son tranchant sur la courbure ou convexité » et avec lequel il coupe d'emblée jusqu'au péritoine. Nous n'insisterons pas sur les conseils qu'il donne sur la longueur de l'incision et sur les pansements post-opératoires, et nous terminerons ici ce rapide exposé de l'œuvre de Levret dans la question qui nous occupe.

Nous lui devons en somme une étude très approfondie du bassin et de ses axes, le forceps dont se servent encore à l'heure actuelle nombre de praticiens, nous lui devons enfin d'avoir en partie fixé les indications de la césarienne. Levret était un opéra-

teur, mais cependant il proscrivait les crochets et orientait ainsi les recherches vers les méthodes moins brutales et plus scientifiques.

Smellie

Levret cependant avait un émule digne de lui. C'était Smellie qui exerçait en Angleterre à la même époque. Esprit observateur, praticien de mérite, Smellie avant d'enseigner les accouchements à Londres avait exercé pendant plusieurs années à la campagne et en avait apporté des connaissances pratiques considérables.

Comme Levret, il connaît le bassin normal, il connaît les deux détroits et l'excavation, il connaît leur direction, leurs axes, mais il précise mieux que Levret leurs dimensions : et surtout il montre bien que la grande dimension du détroit supérieur est dans le diamètre transverse et oblique, tandis qu'au détroit inférieur elle est antéro-postérieure par suite de la rétropulsion du coccyx. Il montre également qu'il existe une grande disproportion entre le mur osseux qui limite l'excavation en avant et celui qui la limite en arrière. Il en tirera des conséquences pour expliquer le mécanisme de l'accouchement.

Quant aux bassins rétrécis, Smellie montre d'abord que pour qu'une femme ait un bassin vicié, il faut qu'elle ait été malade avant l'âge de huit ou dix ans.

Il montre la grande action du rachistisme sur le bassin.

« En ce cas donc, le coccyx et la partie inférieure de l'os sacrum se trouvent poussés en dedans et en arrière, et l'extrémité ou la pointe du coccyx est trop courbée en avant vers la partie inférieure du bassin ; et à mesure que la partie inférieure de l'os sacrum est poussée en haut et extérieurement, sa partie supérieure se porte en avant avec la dernière vertèbre des lombes qui s'approche de trop près de la partie supérieure du bassin, de sorte que, dans quelques femmes, il ne se trouve pas plus de trois pouces de distance de la partie postérieure à la partie antérieure du bord du bassin; dans d'autres il ne s'en trouve pas plus de deux; enfin, quelquefois, il arrive, mais rarement à la vérité, qu'il ne s'y trouve pas plus d'un pouce et demi de distance. »

Continuant la description de ce bassin plat rachitique, Smellie signale l'asymétrie possible du sacrum, l'aplatissement de la symphyse pubienne, enfin les dispositions spéciales du sacrum en chapiteau : « les vertèbres qui forment l'os sacrum sont quelquefois chevauchées l'une sur l'autre, et forment ensemble une grosse protubérance dans l'endroit qui devrait naturellement être concave. »

Mais tout cela c'est l'exception et la conclusion de Smellie est parfaitement catégorique : « mais le cas le plus ordinaire de la mauvaise conformation du bassin c'est lorsque la dernière vertèbre des lombes se déjette en avant avec l'extrémité supérieure de l'os

sacrum, qui pour cette raison forme un angle plus aigu avec l'épine. *C'est en effet dans cet endroit que la tête est le plus souvent arrêtée dans son passage.* »

Il est bien évident par ces quelques lignes que Smellie connaissait bien l'importance du conjugué, et qu'il savait le mesurer.

Mais il y a plus, Smellie a étudié et fort bien décrit le mode de progression de la tête dans la filière pelvienne, montrant comment la tête occupe successivement les plus grands diamètres des régions qu'elle traverse.

« Voici donc de quelle manière l'enfant sort : lorsque la tête se présente la première au bord du bassin, le devant de la tête en occupe mi-côté, et le derrière l'autre; quelquefois encore elle se trouve placée diagonalement dans la cavité, ainsi la partie la plus large de la tête répond à la partie la plus large du bassin, et sa partie la plus étroite, d'une oreille à l'autre, s'applique à la partie étroite du bassin entre l'os pubis et l'os sacrum. »

Voilà l'engagement : non seulement l'auteur a bien vu le diamètre antéro-postérieur, mais il signale encore l'importance des diamètres diagonaux.

Mais poursuivons et voyons la descente et la rotation interne : « A mesure que la tête est poussée en avant, le vertex descend vers la partie inférieure de l'ischium ; or comme le bassin se rétrécit sur ses côtés, la partie la plus grosse de la tête ne peut pas avancer plus loin dans la même direction ; mais l'ischium étant beaucoup plus bas que le pubis, le derrière de

la tête est poussé sous ce dernier os, où il trouve moins de résistance. Alors le devant de la tête se tourne dans la concavité de la partie inférieure de l'os sacrum, et dans le même temps la partie étroite de la tête se range dans la partie étroite du bassin. »

Nous ne suivrons pas la description que donne Smellie du dégagement nous nous contenterons de remarquer que cet accoucheur connaissait parfaitement bien le mécanisme de l'accouchement et que c'est dans son traité que nous le voyons exactement décrit pour la première fois.

Remarquons également que Smellie tire de la connaissance de ces faits d'importantes déductions : « Toutes ces connaissances sont d'un grand secours pour se former une idée claire du mode de la progression de la tête dans les accouchements laborieux, pour savoir dans quelle occasion il est à propos de se servir des forceps, quand il faut délivrer le corps avant la tête ; enfin les différents cas, où il convient de changer de méthode, selon que la forme de la tête ou du bassin s'écartent plus ou moins de la description que nous en avons donnée. »

Mais comment Smellie prenait-il connaissance de toutes ces données indispensables ? Tout simplement par le toucher. Il faisait d'ailleurs le toucher digital vaginal et rectal, il faisait également le toucher manuel. Ce toucher manuel il l'explique longuement et le décrit avec soin car il permet de « s'assurer bien de la situation et du diamètre de la tête et en même temps de toutes les dimensions du bassin ».

En possession de semblables notions, Smellie devait avoir une technique parfaitement réglée. Voyons d'abord ce dont il disposait : méthodes manuelles : la version ; méthodes instrumentales : le forceps qu'il a doté lui aussi d'une courbure pelvienne, les crochets pour l'embryotomie, la césarienne.

Où sont les préférences de Smellie ? Il est incontestable que les méthodes manuelles priment tout pour lui : non pas qu'il craigne les instruments, car il est même fort habile à s'en servir. Mais après avoir montré toute l'utilité des instruments, il écrit : « Quant à moi, j'ai toujours différé de m'en servir autant que j'ai cru pouvoir sans leur secours, mettre la vie de mes malades en sûreté ; et j'ai toujours conseillé cette maxime à ceux qui m'ont fait l'honneur de m'écouter. »

Ce sont donc les moyens de douceur que préfèrera Smellie. Il porte cette préoccupation de ne pas blesser les femmes jusque dans la construction de ses instruments. Les cuillers de son forceps, il les entoure de cuir, il invente les premiers ciseaux perce-crânes, où le tranchant est protégé pendant l'introduction de l'instrument... en somme, procédés de douceur avant tout.

La version est son opération favorite, il la fait sur la tête première : « il y a des cas dans lesquels la tête se présente la première... dans ces cas là même si... on est enfin obligé de retourner l'enfant et de l'attirer par les pieds. » Cette opération il la fait dans les bassins rétrécis, mais pas trop rétrécis, et dans lesquels la

tête n'est pas encore engagée. Pour lui toute la question est là. La tête est ou n'est-elle pas engagée ? Si la tête n'est pas engagée, tenter la version, si le bassin n'est pas par trop rétréci. Si la tête est engagée l'extraire avec le forceps. Les règles de l'application de forceps sont données par Smellie avec beaucoup de précision en se basant sur le mécanisme de l'accouchement qu'il a indiqué.

Avec la version et le forceps, Smellie vient à bout de presque tous les accouchements : « L'art des accouchements est parvenu aujourd'hui à un si haut degré de perfection que l'on n'est plus réduit à la dure nécessité de détruire l'enfant aussi fréquemment qu'on l'était autrefois. En effet, on ne le doit jamais faire, si ce n'est dans les cas où il est impossible de le retourner ou de le délivrer avec le forceps ; et cela arrive rarement... »

Mais cependant il est des cas où il faut avoir recours à l'embryotomie, Smellie pour les définir prend toutes sortes de périphrases et de circonlocutions : « Lorsque la tête se présente et que les douleurs ne peuvent l'expulser ; que l'on a tenté tous les moyens ordinaires sans aucun succès ; que la femme est épuisée, et que tous les efforts sont inutiles ; enfin, lorsqu'il est impossible de délivrer l'enfant sans y employer une si grande force que la vie de la mère en serait en danger, parce que la tête est trop grosse ou le bassin trop étroit, en pareil cas, il devient absolument nécessaire d'ouvrir la

tête, et d'en faire l'extraction avec la main, avec le forceps ou avec le crochet. »

Encore est-il qu'on perforera avec prudence, les ciseaux ne doivent pas être tranchants pour ne pas blesser le vagin en les introduisant, on se servira d'un crochet mousse, dont « les pointes sont moins dangereuses ».

Avec ces trois opérations, version, forceps, embryotomie, cette dernière d'ailleurs exceptionnelle, Smellie termine tous ses accouchements. L'opération césarienne n'a pas pour lui beaucoup d'attraits, il en parle, il dit même qu'on doit parfois la tenter mais c'est bien rare : « Lorsqu'on ne peut venir à bout de delivrer une femme par aucun des moyens que nous avons décrits et recommandés..., soit à cause de l'étroitesse et de la mauvaise conformation du bassin, dans lequel il est quelquefois impossible d'introduire sa main ; soit..... dans de pareilles extremités, si la femme est forte et d'un bon tempérament, on peut certainement prescrire l'opération césarienne, on doit même l'entreprendre, parce qu'il n'y a pas d'autre moyen pour sauver la mère et l'enfant, et qu'il vaut mieux recourir à une opération qui a quelquefois réussi que de les abandonner l'un et l'autre à une mort certaine ; cependant, lorsque la femme est foible, qu'elle est épuisée par un travail infructueux, par quelques pertes violentes ou par toute autre évacuation qui donne lieu de douter qu'elle puisse y survivre, quand même on pourroit la délivrer par les voyes naturelles ; dans

tous ces cas, il y auroit témérité à entreprendre une opération de cette nature, qu'il vaut mieux ou plutôt que l'on doit différer jusqu'à ce que la femme soit expirée; après quoi l'on y procède tout de suite dans l'espérance de sauver l'enfant. »

Smellie n'est pas loin de Mauriceau dans son opinion sur la césarienne, cela n'a rien pour surprendre après ce que nous venons de voir de sa doctrine et de sa technique. Il n'en reste pas moins un des plus brillants accoucheurs de son époque et l'un des fondateurs de l'obstétrique moderne.

Avec Levret, avec Smellie, nous voyons donc la dystocie pelvienne bien envisagée, bien indiquée. Les opérations capitales sont déjà connues, version, forceps, césarienne, embryotomie. La césarienne, pratiquée par Levret, ne le satisfait pas entièrement, l'embryotomie déplaît également à l'un et à l'autre.

Smellie connaît mieux le mécanisme de l'accouchement, il préconise les moyens de douceur.

Levret, plus opérateur, préfère son forceps ou comme pis aller la césarienne.

Tous les accoucheurs suivants vont dériver de ces deux grands maîtres, et l'on peut dire que dès maintenant il existe l'école française et l'école anglaise ; l'une, issue de Levret, cherchera la solution de la question dans les procédés chirurgicaux, elle va aboutir à la symphyséotomie, l'autre issue de Smellie va aboutir à un moyen de douceur à l'accouchement prématuré provoqué.

CHAPITRE III

LES SUCCESSEURS IMMÉDIATS DE LEVRET ET SMELLIE

Nous venons de voir à quel point s'était développée l'obstétrique dans les cinquante premières années du XVIII[e] siècle, tant au point de vue du mécanisme qu'au point de vue anatomique ou instrumental. A ce moment on peut dire que la grande préoccupation des accoucheurs c'était la dystocie osseuse et les moyens d'y remédier. L'élan était donné, tous les esprits travaillaient à résoudre une question dont la solution était loin d'être satisfaisante.

En France, un coup d'éclat va se produire. En 1798, le 1[er] décembre, Sigault présente à l'Académie de Chirurgie son mémoire sur la section de la symphyse dans certains cas où l'on pratiquait l'opération césarienne.

« Instruit, écrit-il, que l'on avoit plusieurs fois observé un écartement très sensible des os pubis, même dans des accouchements naturels, je pensai que la section de la symphyse de ces os procureroit un écartement plus considérable et capable de rendre possible et même facile la sortie de l'enfant. Ce moyen me parut préférable en tout point à l'opération césarienne; surtout si l'on pouvait se flatter d'assurer la réunion des os pubis. »

L'Académie nomma une commission dont le rapporteur Rusel conclut dans un sens défavorable.

L'idée cependant était lancée, Sigault ne l'abandonna pas. Il se met à étudier la question sur le cadavre et sur les animaux, il fait des mensurations, aidé dans toutes ces recherches par Alphonse Le Roi qui travaillait à l'École pratique.

En même temps, Camper, anatomiste hollandais, avait écrit à Louis qui était alors secrétaire de l'Académie de Chirurgie et, mis par ce dernier au courant de la question, avait lui aussi commencé l'expérimentation.

Sigault, repoussé par l'Académie de Chirurgie, ne se tint pas pour battu et alla soutenir à Angers en 1772 une thèse sur ce même sujet.

D'ailleurs, vexé des procédés de ladite Académie à son égard, il l'abandonnait pour se réfugier au sein de la Faculté de Médecine sa rivale.

Sigault et Alphonse Le Roy n'attendaient qu'une occasion de pratiquer cette intervention sur la femme vivante. L'occasion se présenta inopinément le 1er octobre 1777. Sigault fut appelé pour accoucher la femme Souchot, femme d'un soldat du guet qui demeurait cul-de-sac de la porte aux Peintres rue Saint-Denis. Cette femme était bien connue des accoucheurs parisiens : elle avait déjà eu quatre accouchements et, écrit Sigault, « j'avais assisté et coopéré avec des personnes de l'art à ces accouchements qui ont tous été contre nature et qui n'ont procuré que des enfants morts ».

Lors du quatrième accouchement, il y avait eu une véritable consultation ainsi que le rapporte Sigault : « Je crus ne pouvoir mieux faire que d'appeler à ce quatrième accouchement, qui se fit en 1775, MM. Vicq d'Azir, Thouret et Roussel, médecins de la Faculté de Paris ; M. Verdier de celle d'Angers ; MM. Levret, Destremeau, Thévenot, Coutuli, Dutault, Marchais, Baudot, tous chirurgiens accoucheurs, pour m'aider de leurs lumières et de leurs conseils ; enfin tous les élèves de M. Levret y assistèrent avec Mme de Sautussan et mademoiselle sa fille très versée dans l'art des accouchements. »

Levret, nous l'avons dit plus haut, trouva un bassin de 2 pouces 1/2. Sigault propose la section de la symphyse qui est repoussée à l'unanimité, la césarienne que seul Thévenot accepte. Les autres ayant constaté avec Levret que les mains de l'enfant qui se présentaient à la vulve étaient petites concluent pour la version.

Cette opération fut des plus pénibles : « M. Destremeau porta la main dans la matrice pour y aller chercher les pieds de l'enfant, et les amena au dehors avec assez de peine. Cette difficulté augmenta lorsqu'il fallut les faire avancer. En vain il employa toute sa force pour l'arracher ; épuisé de fatigue, il fut relevé par cinq ou six de ces messieurs, successivement ; mais il furent, pour ainsi dire, mis tous hors de combat : les efforts les plus violents furent inutiles. »

On parvint enfin, après beaucoup d'efforts, à extraire

l'enfant mort qui présentait un enfoncement considérable sur le pariétal gauche :

« M. Levret convint alors que la femme Souchot était dans l'impossibilité physique d'accoucher naturellement, et qu'elle ne le pourrait que par l'opération césarienne. »

Telle était la parturiente que le hasard envoyait à Sigault, le 1er octobre 1777, en travail pour la cinquième fois. L'occasion était très belle. Cette fois Sigault n'appelle personne que son aide et ami Alphonse Le Roi. Quoique très malade (il avait un panaris), il se décide à intervenir non sans émotion, il l'avoue, et dans des conditions peu favorables : « Étant moi-même très malade, mal éclairé d'ailleurs par une garde effrayée dont la main tremblante faisait vaciller la lumière, je fis l'opération presque sans y voir, avec un bistouri droit ordinaire. Quoique bien secondé par mon confrère, néanmoins contrarié par les circonstances et surtout ému, et très ému, j'en conviens, puisque je tentais une opération absolument neuve. »

Sigault dévia de la ligne médiane et intéressa l'urètre. Néanmoins, ayant sectionné la symphyse, il obtint un écartement de 2 pouces 1/2 et put extraire l'enfant vivant. « Toute l'opération et l'accouchement n'ont pas duré plus de quatre ou cinq minutes. »

Le soir de ce brillant succès il y avait assemblée de la Faculté de Médecine ; Le Roi rapporte l'observation et Sigault demande la nomination d'une commission pour examiner et suivre son opérée.

La Faculté enthousiasmée désigne dans ces fonctions M. Grandclas et Descemet.

Mais les choses ne devaient pas en rester là. Le bruit fait par cette opération fut énorme. L'Académie de Chirurgie s'émut et une vive polémique s'engagea entre médecins et chirurgiens, polémique à laquelle vinrent bientôt se mêler les journaux politiques.

L'Académie de Chirurgie en effet était assez mal disposée à l'égard de Sigault : Celui-ci en effet, nous l'avons vu, avait été condamné par elle en principe, le fait qu'il rapportait était la condamnation non seulement du jugement porté par la docte assemblée, mais aussi de celui porté par plusieurs de ses membres, sur la femme même opérée par Sigault. Et parmi ces derniers était M. Levret, le grand homme de l'époque dont l'opinion faisait loi.

Mais il y avait plus encore, Sigault avait été aidé par Alphonse Le Roi. Or, celui-ci était un âpre polémiste grand adversaire de l'Académie de Chirurgie, et qui ne se faisait pas faute de maltraiter Levret lui-même, prétendant que ce dernier ne connaissait pas le premier mot de l'art des accouchements.

A la suite de l'opération pratiquée par Sigault parut, dans le n° 279 du *Journal de Paris*, un article signé d'un avocat mais évidemment inspiré par Le Roy.

Dans cet article on vantait grandement l'opération de Sigault. Celui-ci fut bientôt suivi d'autres plus ou moins emphatiques, sur l'opérateur et son aide, tenant régulièrement le public au courant de l'état de santé de la femme Souchot.

A ces articles il y eut des réponses et une fois même *le Journal de Paris* publia une lettre du sieur Souchot, le mari de l'intéressante opérée, où il dit que depuis l'opération de sa femme « on le salue très respectueusement le chapeau bas ».

Les adversaires de Sigault qui avaient des relations portèrent plainte au commandant de la garde de Paris et bientôt on put lire dans le même *Journal de Paris* qui avait publié la lettre de Souchot : « M. le chevalier Dubois, commandant la garde de Paris, a fait venir chez lui le nommé Souchot, pour le réprimander d'avoir osé faire insérer une lettre dans *le Journal de Paris*, sans la lui avoir communiquée et sans avoir sa permission ; le nommé Souchot s'est excusé en avouant à son commandant qu'il n'avait pas fait cette lettre ; qu'on la lui avait présentée à signer, et qu'il était fâché de cette imprudence. »

Les partisans de Sigault cependant ne restaient pas inactifs et, dans le n° 349, dans un article signé la comtesse de..., on proposait : « Qu'à la face de la nation, une mère glorieuse de ce titre élevât les bras de son enfant jusqu'au front de ce bienfaiteur de l'humanité, et que ses mains innocentes le décorassent d'une couronne civique. » Elle voulait encore « qu'il lui fût érigé une statue qui le représentât sous la forme du Dieu de la Santé, et que ses hommages attendrissants renouvelassent tous les ans le souvenir de sa gloire et de notre gratitude » (Sue).

Mais que devenait la femme Souchot pendant ce temps ? Certes, elle ne manquait pas de visiteurs : elle avait d'abord son chirurgien et son aide, la Commission de la Faculté de Médecine, et tous les nombreux curieux qui venaient la voir comme un phénomène, enfin quelques membres de l'Académie de Chirurgie, non chargés de mission officielle, mais qui étaient à l'affût des critiques possibles. et des faits pouvant alimenter la polémique.

L'opérée malgré cela n'allait pas mal. Elle eut bien un abcès du sein, elle eut une incontinence d'urine complète, comme en témoigne le rapport de la Commission de la Faculté, mais malgré ces inconvénients, ses médecins et ses visiteurs, elle se rétablit, et le 3 décembre 1777, à l'assemblée du *primo mensis* de la Faculté, elle vint se présenter devant tous les médecins réunis accompagnée de son mari et de son enfant. L'assemblée, sous la présidence du doyen Desessartz, constata : « qu'elle avait monté l'escalier des écoles et était entrée dans la salle d'assemblée, légèrement appuyée sur le bras de son mari. Abandonnée à elle-même, elle s'est tenue ferme sur ses pieds pendant une ou deux minutes... Qu'elle avait très bon appétit, digérait parfaitement, faisait toutes ses fonctions avec liberté, plaisir et régularité... »

A la suite de cette présentation, Sigault lut son mémoire et les rapporteurs leurs conclusions et la Faculté, après de nombreux considérants décida « qu'il n'est point en son pouvoir de décerner au

conservateur des citoyens une récompense digne de ce bienfait : qu'elle veut que ce confrère recommandable jouisse dans son sein d'une distinction honorable, et que la génération présente et les futures apprennent combien il est digne d'estime, combien il mérite d'éloges : en conséquence, elle a ordonné que sur le revers du jetton d'argent (du doyen) on gravera l'inscription suivante :

» L'an 1768 M. Sigault (docteur en médecine de la Faculté de Paris) a inventé et proposé la section de la symphyse des os pubis ; en 1777 il l'a pratiquée avec succès. Elle ordonna que cent de ces jettons seraient remis à Sigault.

Et pour récompenser Le Roi on ajouta à l'inscription :

M. Alphonse Le Roi, docteur en médecine de la Faculté de Paris, l'a aidé

Cinquante de ces jetons devaient être donnés à Le Roi.

Mais cela ne devait pas clore la polémique bien au contraire. Les chirurgiens étaient avides de voir se renouveler l'expérience. On la fit plusieurs fois, mais avec des succès moins complets. Cependant la section sigaultienne gardait ses partisans dont le principal était naturellement Alphonse Le Roi, elle avait ses adversaires qui restaient chauds partisans de la section césarienne : c'étaient Simon, Lauverjat puis Baudelocque et Antoine Dubois. Cette lutte

entre césariens et symphysiens devait empoisonner toute la fin du XVIIIe et le début du XIXe siècle. Il y a là deux camps bien tranchés irréconciliables. Il y a plus, il va se créer une école intermédiaire adversaire également de l'un et de l'autre, l'école anti-césarienne de Saccombe. Sans doute c'est faire beaucoup d'honneur à cet auteur que de le mettre en parallèle avec les grands accoucheurs de son époque, mais ses polémiques vives et cinglantes jettent un certain jour sur cette période et n'oublions pas que



Médaille frappée en l'honneur de Sigault

Saccombe irrita tellement Baudelocque que celui-ci le poursuivit devant les tribunaux et le fit condamner à 3.000 francs d'amende.

Saccombe est anti-opérateur. Il faut reconnaître qu'il n'avait pas tout à fait tort et que la césarienne telle que l'avait transmise Levret sans antisepsie et sans suture et la symphyséotomie faite au petit bonheur ne donnaient pas de résultats bien remarquables.

Mais Saccombe n'était pas qualifié pour mener semblable lutte et tout ce qu'il fait n'est que de la satire.

C'était d'ailleurs un être bizarre, sorti de la basoche ayant commencé par faire des accouchements clandestins. Versificateur modeste, accoucheur de peu de mérite, il attaque sans vergogne aussi bien Dubois que Baudelocque, personne ne trouve grâce devant lui.

Il cloue au pilori tous les opérateurs malheureux de la césarienne (1) et ne craint pas de donner le conseil suivant aux accoucheurs :

Imitez Apollon et n'assassinez pas ;
Pour ouvrir une femme attendez son trépas.

C'est dans cette lutte que se termine en France le grand siècle de l'obstétrique. Cependant nous devons signaler avant de terminer le nom de Solayres de Reinhac qui fut le maître de Baudelocque, et qui enseigna avec clarté les présentations et les positions, et mit un peu d'ordre dans la nomenclature obstétricale.

Ainsi, à la fin du XVIII[e] siècle en France, on connaît le bassin plat, et on en fait le diagnostic, mais les mensurations sont mal faites. La thérapeutique possède la version qu'on fait peu depuis Levret, le forceps qui a toutes les faveurs, la césarienne sans antisepsie et sans sutures, la symphyséotomie très mal réglée et très discutée. Ces deux dernières interventions sont tentées en dernier ressort, lorsque

1. Witkowski, p. 182.

l'accoucheur à bout d'arguments veut délivrer une femme infectée épuisée. Aussi les redoute-t-on et cherche-t-on à les éviter.

Que se passe-t-il ailleurs ?

En Angleterre, l'influence de Smellie se fait sentir. Les accoucheurs sont moins interventionistes qu'en France. Ils s'en rapportent davantage aux forces de la nature, et s'arment volontiers de patience dans les cas difficiles.

L'opération césarienne leur répugne, aussi préfèrent-ils le plus souvent recourir à la perforation du crâne et aux crochets pour débarrasser la mère que de tenter des opérations plus graves.

A cette époque, d'ailleurs, les accoucheurs prenant de plus en plus d'importance, il s'éleva une certaine rivalité entre eux et les sages-femmes. Quelques pamphlets parurent à ce sujet, tel celui qu'on attribue à Nichols et qui est intitulé : *Pétition des enfants non encore nés*. « Les enfants encore dans le sein de leurs mères supplient MM. les Censeurs du collège royal des médecins de Londres, d'empêcher les accoucheurs de les martyriser à leur sortie avec leurs forceps crochets et autres instruments (Sue.)

En présence de ces faits qui se renouvelaient assez fréquemment les accoucheurs anglais se mirent à étudier la question de la dystocie osseuse, et les solutions qu'on pourrait y apporter dans la manière douce.

Or, tous les auteurs, depuis Deventer, attribuaient certes une grande importance au rétrécissement pel-

vien, mais ils en attachaient une au moins aussi considérable à la taille de l'enfant. Deventer l'avait bien dit déjà, qu'un bassin normal pouvait être trop petit si l'enfant était trop gros, et inversement un bassin petit pouvait n'être pas plus gênant qu'un bassin normal si l'enfant était petit. De là à l'accouchement prématuré provoqué il n'y avait qu'un pas, et qui fut vite franchi.

Nous ne reviendrons pas ici sur l'histoire complète de l'accouchement prématuré provoqué, aussi bien ceci est parfaitement rapporté par Siebold et tout récemment dans la thèse de Desnoues. Rappelons seulement, d'après ces auteurs. que Macaulay le premier pratiqua cette opération en Angleterre et que plus tard Kelly, puis Denman, l'employèrent plusieurs fois avec succès.

Cette opération se répandit peu à peu dans les pays voisins ; nous verrons l'accueil qu'on lui fit en France au commencement du XIX[e] siècle. Mais auparavant voyons ce qu'était l'obstétrique dans le reste de l'Europe, en Allemagne principalement.

Deux noms sont à signaler, Rœderer à Gœttingue et Stein à Cassel.

Rœderer est disciple de Levret, mais il a étudié également avec Smellie, il tient un peu des deux. Il emploie les instruments de Levret, mais applique les principes de Smellie.

Stein est de l'école de Levret et s'en fait gloire. C'est le Levret du Nord comme on l'appela parla suite. Esprit observateur et méticuleux il eut le pre-

mier l'idée de mesurer exactement le bassin pour décider de l'intervention à pratiquer. C'est lui qui construisit le premier pelvimètre en 1778, et plus tard le premier clyséomètre. Il construisit également un instrument qu'il appliquait sur son forceps pour mesurer la tête de l'enfant, mais ceci sans grand succès.

L'exploration du bassin prend à ce moment une importance considérable et les instruments se multiplient ; successivement apparaissent les instruments de Starck, 1785, et de Kurzwisch, 1748. Tous ces instruments sont destinés à mesurer le diamètre diagonal, mais aucun de ces auteurs n'établit de rapport entre le diamètre diagonal et le diamètre antéro-postérieur.

En France, en cette fin du XVIII[e] siècle, on constate le même effort pour arriver à mesurer le bassin. Là encore on se sert de pelvimètres, le compas de Baudelocque est surtout employé et, plus tard, en 1807, le pelvimètre de Coutouly. On fait également la mensuration digitale, mais on ne trouve à ce sujet aucune indication précise pour déduire le conjugué vrai de la mesure du diamètre diagonal.

Aussi reste-t-on dans le vague de l'exploration clinique sans base scientifique. On remarque un réel effort pour tracer une ligne de conduite définitive et immuable, mais le but n'est pas atteint, on reste dans l'imprécision. Il suffit pour s'en rendre compte de parcourir Baudelocque qui est à ce moment le maître incontesté, comme le prouvent bien ces paroles

empruntées à l'oraison funèbre prononcée par Leroux sur la tombe du grand clinicien : « La mort vient de frapper M. Jean-Louis Baudelocque, âgé de soixante-trois ans et demi... membre des ci-devant collège et Académie de Chirurgie, professeur d'accouchement à la Faculté de Médecine de Paris, professeur de l'hospice de la Maternité et membre d'un grand nombre de sociétés savantes nationales et étrangères. En vous entretenant de M. Baudelocque je raconterai des faits et son éloge sera tracé. Levret etoit dans la tombe, on avoit perdu Smellie; l'Europe entière etoit privée de ses deux plus celebres accoucheurs; Solayres paraît, il etonne par sa manière d'enseigner les accouchemens, il brille par son genie: mais, comme Bichat, il n'est que montré au monde savant... Consolons-nous de sa perte; Baudelocque, son élève et plus encore son ami s'est penetré de ses principes, a médité sa doctrine, a saisi le secret de son art (1). »

Baudelocque étudie longuement le bassin normal et le mécanisme de l'accouchement et cherche à tirer de cette étude des indications pour ce qui se passe dans le cas de rétrécissement du bassin. Au point de vue du mécanisme de l'accouchement, il distingue les bassins rétrécis en plusieurs groupes, suivant que le rétrécissement porte sur le détroit supérieur seul, sur le détroit inférieur seul, sur tous les deux, sur l'excavation tout entière.

Il montre l'importance de la mesure du diamètre

1. Baudelocque, *Art des accouchements*, p. 1.

antéro-postérieur au détroit supérieur et il s'ingénie à le mesurer tant avec le doigt simplement qu'avec son compas d'épaisseur. Il donne vraiment l'impulsion à la pelvimétrie externe et, si, plus tard, Nœgele, Michaelis, Danyau, etc. mesurent les différents diamètres du bassin, on peut dire qu'il ne font que suivre la méthode inaugurée par Baudelocque. Mais Baudelocque est un clinicien et nous ne trouvons pas chez lui de classification anatomique réelle des bassins rétrécis. Pour lui un bassin est défini par le chiffre qui indique la mesure de son diamètre rétréci. Il n'a pas été plus loin, il n'a pas décrit les bassins.

Quant à la thérapeutique, on sent un effort réel pour donner des indications formelles, mais sans y parvenir. On conçoit aisément la difficulté que rencontre un homme tel que Baudelocque pour une indication formelle d'opérations telles que la césarienne ou la symphyséotomie si meurtrières à son époque. Aussi insiste-t-il surtout sur le forceps. C'est à lui qu'il a recours avant tout dans les cas d'enclavement de la tête. On doit l'essayer de préférence à l'embryotomie qu'employaient si volontiers Mauriceau et de la Motte. L'emploi du forceps a permis « d'effacer en quelque sorte jusqu'aux traces de cette ancienne barbarie et on avouera qu'un grand nombre d'enfants qu'on aurait immolés pour le salut de la mère ont été redevables au forceps de leur existence et d'autres de l'avantage de pouvoir être ondoyés ou même baptisés (1) ».

1. *Traité des accouchements*, p. 119.

Si l'on ne réussit pas, on aura recours à l'embryotomie, mais jamais dans ces cas d'enclavement à l'opération césarienne. Mais si la tête n'est pas enclavée, si elle est encore mobilisable, là encore Baudelocque emploie volontiers le forceps sauf dans les cas de rétrécissement extrême. C'est alors à la section césarienne qu'il faut avoir recours de préférence à toute autre intervention.

La symphyséotomie sera réservée aux seuls cas où la tête est profondément enclavée, mais ne sera jamais employée pour lutter contre le rétrécissement du détroit supérieur. En somme Baudelocque est nettement césarien, il ne se fait pas faute de rapporter les nombreux échecs de la symphyséotomie et il conclut : qu'il faut la rejeter systématiquement quand le détroit abdominal n'a pas 1 pouce et 1/2 à 3 pouces de petit diamètre, tandis que l'opération césarienne proposée « pour des difformités bien plus grandes que cette limite a obtenu des succès entiers la où cette dernière n'a eu que des victimes ».

Mais quelle part fait donc Baudelocque à la version et à l'accouchement prématuré provoqué ? Pour la version nous ne saurions mieux faire que de rapporter le texte même de Baudelocque qui dans sa briéveté montre combien cet auteur appréciait peu cette pratique.

« Si l'extraction de l'enfant par les pieds n'est pas la plus ancienne de toutes ces méthodes, comme on pourrait le présumer, elle paraît au moins la plus

naturelle. Si elle passe également pour la plus douce aux yeux du vulgaire qui a horreur des instruments, l'accoucheur doit en avoir une opinion bien moins avantageuse parce qu'il ne doit pas ignorer combien il est difficile de retourner l'enfant et de le tirer de cette manière, surtout quand les eaux de l'amnios sont écoulées depuis longtemps et lorsque le bassin est mal conformé. Sa mort trop souvent à craindre quand ce dernier jouit à peu près de sa largeur naturelle est d'autant plus certaine qu'il s'éloigne davantage de cet état et que les dimensions de l'un et l'autre détroit sont plus petites. L'extraction par les pieds n'est alors qu'une méthode dangereuse, une sorte de ressource pour délivrer la mère et souvent encore n'est-ce pas sans de très grands inconvénients pour elle. Elle ne convient pas d'ailleurs dans tous les cas de mauvaise conformation du bassin, abstraction faite des accidents qui y sont inévitablement attachés, puisqu'il est impossible d'extraire l'enfant entier quand le petit diamètre de cette cavité n'offre pas environ 2 pouces 1/2 d'étendue. » (p. 277). Quant à l'accouchement prématuré provoqué, Baudelocque tout en reconnaissant qu'on a pu obtenir de bons résultats par cette méthode tant pour la mère que l'enfant, la critique avec insistance.

« Sans entrer dans les vues d'intérêt que bien des personnes ont eues de faire passer pour des enfants de sept mois ceux qui étaient véritablement nés au terme de neuf mois, nous ferons remarquer que la plupart des femmes ne sont jamais assez éclairées sur

le moment où elles sont devenues grosses pour qu'on puisse statuer quelque chose de bien certain sur l'époque à laquelle elles disent être accouchées. » Mais ce n'est là que le premier point et l'auteur discute longuement la différence qu'il y a entre le travail naturel et le travail provoqué avant terme et il termine sans conclure en rapportant simplement quelques échecs de la méthode.

En somme, pour résumer la doctrine de Baudelocque, la mensuration du bassin doit régler la conduite à tenir. Dans les rétrécissements extrêmes, on fera l'opération césarienne, les autres opérations ne seront que des procédés d'exception.

C'est sur cette doctrine que se termine le XVIIIe siècle en France, et si, dans un coup d'œil d'ensemble, nous regardons le chemin parcouru dans ces cent années, on voit que dans cette période l'étude du bassin normal et pathologique a été poussée assez loin. La pelvimétrie est née, elle va se développer. L'obstétrique a été dotée d'instruments et d'opérations nouvelles, forceps, accouchement prématuré provoqué. Le chemin parcouru est immense, cependant il reste encore beaucoup à faire ; du côté de l'étude anatomique, il va falloir étudier et classer les différents bassins rétrécis. Au point de vue opératoire, il va falloir poser les indications des diverses interventions.

Enfin et surtout il va falloir régler et rendre moins dangereuses les diverses opérations obstétricales. Ce sera la tâche des accoucheurs du XIXe siècle.

DEUXIÈME PARTIE

LE XIXe SIÈCLE

La Pelvimétrie en Allemagne et en Angleterre

CHAPITRE PREMIER

NOEGELÉ

L'histoire du traitement de la dystocie pelvienne au XIXe siècle ne saurait être étudiée en un seul chapitre d'un seul trait. Trois noms dominent à proprement parler l'histoire de ce siècle ; ils marquent chacun une étape, ils indiquent chacun un progrès accompli. Ces noms sont ceux de Noegelé, Dubois, Tarnier. Le premier qui étudia d'une façon définitive l'anatomie du bassin et des divers bassins rétréeis ; le deuxième qui donne la première codification des bassins ; le troisième, enfin, inventeur génial et opérateur éminent qui donne l'arsenal obstétrical moderne et règle les diverses interventions.

Tous les autres accoucheurs gravitent autour de

ces trois hommes dont ils dérivent plus ou moins directement. Aussi, nous prenons ces trois noms comme têtes de chapitre, et nous nous efforcerons de montrer l'influence de chacun d'eux sur le traitement de la dystocie pelvienne.

Au début du XIX[e] siècle dans tous les pays d'Europe, les accoucheurs étaient tous plus ou moins disciples d'un des grands accoucheurs du siècle précédent ; et si en Angleterre tout dérivait de Smellie ; si en France l'influence de Levret et Baudelocque était absolue ; en Allemagne, en Hollande et dans les autres pays l'influence était partagée suivant les régions entre ces deux accoucheurs. En somme on peut dire qu'à ce moment l'étude de l'obstétrique était purement clinique. Si l'on pratiquait jusqu'à un certain point l'exploration du bassin tant avec le doigt qu'avec les compas et les pelvimètres, les mesures obtenues ne donnaient que des renseignements très vagues et difficilement utilisables, faute d'un point de départ bien défini, faute d'un terme de comparaison qui devait être la connaissance du bassin normal.

C'est à Nœgelé que revient l'honneur d'avoir cherché à définir ce bassin normal, c'est lui qui le premier a montré l'importance des diamètres du bassin, c'est lui enfin qui le premier a bien étudié le mécanisme de l'accouchement tant dans le bassin normal que dans les bassins rétrécis. La méthode suivie par Nœgelé fut des plus simples : c'est la méthode d'observation appliquée à l'obstétrique. Nœgelé prend successivement tous les bassins de

femmes mortes et qui ont eu des accouchements normaux ; minutieusement il les mesure avec soin, il les compare les uns aux autres. Va-t-il au cours de ces patientes recherches trouver le bassin normal, le bassin type, le bassin idéal ? Nullement car ce bassin n'existe pas et ne saurait exister et, à ce propos, on lit dans la notice traduite par Danyau p. 77. « Sur 50 bassins que j'ai eu occasion de faire recueillir sur les cadavres de femmes qui paraissent bien conformées et dont aucune n'avait eu d'accouchements difficiles, je n'en ai pas trouvé un qui m'eût paru propre à la description du bassin régulier. Mon très honorable ami le digne conseiller intime de médecine Otto de Breslau m'écrivait, le 10 juin 1836, que sur 45 bassins de femmes qu'il avait rassemblés l'hiver précédent en faisant recueillir celui de toutes les femmes mortes dans une année, il n'en avait pas trouvé un seul beau et régulièrement conformé. » Pour définir le bassin normal on ne peut donc décrire un bassin véritable ; les dimension du bassin normal seront données par la moyenne des dimensions de tous ces bassins qui ont permis des accouchements normaux. C'est un bassin type, idéal, n'existant pas en réalité ; mais on dira qu'un bassin est d'autant plus près de la normale que ses dimensions se rapprochent davantage de ce type moyen. Mais quelles sont les dimensions qui caractérisent le bassin ? Il n'est pas indifférent de prendre telle ou telle mensuration, il faut procéder avec méthode et ne s'occuper que des dimensions utiles. Aussi avant

tout Nœgelé reprend entièrement l'étude de l'anatomie du bassin ; il décrit avec soin et dessine les divers os qui le constituent, montre l'importance de la courbure et de l'inclinaison du sacrum, divise le bassin en deux parties d'inégale importance, le grand bassin et l'excavation, et montre le rôle important des divers anneaux qui rétrécissent ce canal osseux et qu'il appelle détroits. Il y en a deux, le supérieur, l'inférieur. Nœgelé les décrit avec soin, il montre l'importance de la saillie du promontoire et mesure les dimensions de ces détroits. Mais pour faire ces mesures, il faut des points de repère Nœgelé les indique et décrit pour la première fois les diamètres du bassin qui ne sont autre chose que des lignes joignant les points de repère pris sur les os. Il décrit ces diamètres, l'antero-postérieur, le transverse, les obliques et montre l'importance de chacun d'eux. Il détermine l'axe du bassin, l'axe et le plan de chacun des détroits ; il représente d'après nature ces divers points en trois figures remarquablds par leur exactitude.

Il étudie le mécanisme de l'accouchement normal dans son mémoire sur le mécanisme de l'accouchement en 1819 et établit dès le début ce grand principe : « Dans ce mécanisme, le plus long diamètre de la partie qui se présente est poussé dans les diamètres du bassin qui lui offrent le plus de place (1). Il montre aussi le rôle de l'asyniclitisme, il explique les divers

---

1. Cf. *Traité des accouchements*, p. 169.

mouvements de rotation et arrive ainsi à une description vraiment scientifique de l'accouchement normal dans le bassin normal.

Mais Nœgelé va plus loin, il applique sa même étude méthodique aux bassins viciés. Mais nous sommes loin des vagues explorations cliniques ; Nœgelé mesure les bassins, il les dessine, il les compare non seulement les uns aux autres, mais aussi et surtout au bassin normal. Il montre que dans les bassins rétrécis, il y a déviation de l'axe normal. Il figure les déformations sacrées et il en arrive ainsi à l'étude du mécanisme de l'accouchement dans les bassins rétrécis. Sans doute il ne codifie pas encore les bassins, mais il prépare cette codification qui va être l'œuvre de ses successcurs, Michælis et Litzmann.

Un bel exemple de la méthode suivie par Nœgelé nous est donné par la façon dont il arrive à isoler le bassin oblique ovalaire. « Sans un examen minutieux d'un grand nombre de ces bassins ; sans la comparaison attentive faite entre eux, il eût été tout à fait impossible de donner une image fidèle, un tableau exact de ce vice de conformation considéré d'une façon générale. La connaissance exacte du vice de conformation que nous allons décrire ne peut être que le fruit d'une observation consciencieuse et d'un examen approfondi (1). Nœgelé vit deux cas de bassin oblique ovalaire en 1813, il les recueillit et

1. Nœgelé traduit par Danyau, préface de l'auteur, p. 2.

remarqua qu'à l'exception d'un seul caractère, ils étaient exactement semblables. « Mais, écrit-il, mon attention fut bien plus fortement éveillée lorsqu'en 1825 je lus, dans le troisième volume des *Mémoires* de Mme Lachapelle, la description du bassin qui reporta de nouveau ma pensée et mes méditations sur le sujet de mes deux premières observations. Quelle agréable surprise pour moi lorsqu'en 1828 je rencontrai à ma clinique un bassin si semblable à ceux que j'avais observés qu'au premier coup d'œil on aurait facilement pu le prendre pour l'un d'eux. Ce qui n'avait été jusque-là qu'une idée vague, ce que je n'avais fait que pressentir prit alors dans mon esprit de la consistance et je restai bientôt convaincu qu'il y avait ici une loi, que ce vice de conformation se rattachait à une cause commune, qu'il n'était point un effet du hasard, ni du jeu de la nature. On conçoit l'intérêt croissant que ce sujet me présentait et l'empressement que je dûs mettre à profiter de toutes les occasions qui me furent offertes de m'en entretenir avec les hommes de l'art, à recueillir des renseignements, à faire des recherches dans les musées, enfin à jeter par tous les moyens possibles quelque lumière sur ce point obscur de la science (1).

Rien ne donne mieux une idée exacte de la méthode adoptée par Nœgelé que ces quelques extraits.

Mais Nœgelé alla plus loin dans la description du

1. Danyau, Intr., p. 6.

bassin oblique ovalaire ; il y étudia le mécanisme de l'accouchement montrant que la difficulté siégeait non seulement au détroit supérieur mais aussi dans l'excavation et au détroit inférieur, La conclusion est bien simple, l'accouchement ne pourra se faire que si la plus grande dimension de la tête fœtale coïncide avec le plus grand diamètre oblique du bassin. Aussi l'auteur conseille en pareil cas de pratiquer la version podalique qui permettra d'orienter la tête convenablement. Telle fut très rapidement exposée l'œuvre de Nœgelé qui marque le début des méthodes modernes en obstétrique. Une pareille impulsion ne devait pas être perdue. L'école allemande du XIXe siècle se devait de continuer l'œuvre du maître, elle n'y manqua pas avec Litzmann Kilian, Michaëlis, Stoltz, etc... (1).

Connaissant le bassin normal, ces auteurs étudient plus particulièrement les bassins rétrécis, tant au point de vue de leur forme qu'au point de vue du mécanisme spécial de l'accouchement qu'ils entraînent et les successeurs de Nœgelé complètent son œuvre en y ajoutant toute une partie clinique de la plus haute importance. C'est d'abord Michaëlis et Litzmann qui étudient les divers bassins rétrécis toujours par la même méthode en superposant au bassin normal le bassin vicié...Ils arrivent

---

1. Nous ne saurions séparer, Nœgelé de ses successeurs en remettant à plus tard l'étude de l'école allemande dans la deuxième moitié du XIXe siècle: La seule raison chronologique nous paraît insuffisante pour briser la continuité d'une œuvre aussi considérable.

ainsi à faire la première classification des bassins viciés. Ils montrent en effet que les viciations pelviennes peuvent être groupées sous divers types peu nombreux en somme, suivant que le rétrécissement porte sur un ou plusieurs diamètres et ils divisent d'abord les bassins en généralement et régulièrement rétrécis, en bassins rétrécis suivant un seul diamètre, et en bassins asymétriques. Ils décrivent longuement les bassins plats rachitiques et non rachitiques, montrent l'importance du diamètre antéro-postérieur pour classer ces bassins. Ce diamètre *conjugata vera*, comme ils le dénomment, il faut le mesurer. Or ce qui est facile sur le bassin sec devient un grande difficulté en clinique. Il est impossible, en effet, de mesurer directement sur la femme vivante le diamètre promonto-sus-pubien. Il faut alors user d'un artifice et déduire la longueur de ce diamètre de celle du promonto-sous-pubien. Mais comment faire cette déduction ? De leurs recherches patientes ces auteurs fixèrent le chiffre de 1 cm.5 à retrancher de la longueur du promonto-sous-pubien pour obtenir la valeur du promonto sus-pubien. Mais ils vont plus loin, ils montrent que ce chiffre de 1 cm. 5 n'est pas absolu ; qu'il faut tenir compte de la hauteur du promontoire ; plus le promontoire est élevé, plus le chiffre à retrancher sera élevé et reciproquement.

Tous ces faits sont longuement exposés dans le livre de Michaëlis, *Das Enge Becken*, publié en 1851 par Litzmann.

Le mouvement est intense, de tous côtés on étu-

die les déformations pelviennes toujours par la méthode expérimentale. Rokitansky, Briesky étudient le bassin cyphotique, étude qui devait être reprise en France par Chantreuil (1). Kilian décrit le bassin spondylolisthésique. Kilian, professeur à Bonn, fit ressortir la viciation spondylolisthésique par le procédé habituel de comparaison. Il publia un dessin exact de grandeur naturelle d'une coupe divisant le bassin en deux moitiés symétriques ; en regard il plaça un dessin représentant une coupe à travers un bassin normal, établit le rapport entre les diamètres correspondants et rendit ainsi évident le caractère de la lésion (2). De la même façon Stoltz appliqua sur la coupe d'un bassin normal celle d'un bassin spondylisématique (3). L'étude anatomique du bassin atteint ainsi en Allemagne, vers 1860, une intensité considérable. Les documents s'accumulent ; avec Michaëlis et Litzmann nous voyons une tentative pour rendre applicable à la clinique les données acquises par l'observation. Sans doute les auteurs allemands ont pris nne connaissance très approfondie du mécanisme de l'accouchement dans les bassins normaux et rétrécis. Quelle thérapeutique apportent-ils à la dystocie pelvienne ? Dans cet ordre d'idées les progrès sont moins considérables ; ce sont les mêmes interventions que les auteurs précédents, forceps surtout, un peu la version, pas d'opé-

1. Thèse de Paris, 1869.
2. Siebold, *Bassins*, t. III.
3. Siebold, *Id.*

rations sanglantes, l'accouchement prématuré provoqué de temps en temps ; mais tout cela sans règles précises, l'indication opératoire est le résultat d'impressions cliniques, il n'y a pas de conclusion nette tirée des remarquables travaux anatomiques précédents.

Cependant le gros effort vers la connaissance exacte de la filière pelvienne allait bientôt avoir des résultats importants par la diffusion des travaux allemands dans les pays voisins.

Que se passait-il à ce moment en Angleterre et en France ?

En France un important mouvement allait également se produire, ainsi que nous le verrons dans le chapitre suivant. En Angleterre, la pratique obstétricale restait sensiblement la même.

Disciples de Smellie les auteurs anglais employaient la version podalique de préférence au forceps ; on commence à étudier avec Simpson le mécanisme de l'accouchement de la tête dernière ; on répudie les opérations mutilatrices et l'accouchement prématuré provoqué prend une grande extension. La technique semble ici beaucoup plus nette : elle consiste à provoquer l'accouchement et à terminer si possible par une version podalique. Si la version est impossible il faut employer le forceps ou recourir à l'embryotomie. Là encore rien de scientifique, aucune indication bien posée. C'est l'impression clinique qui règle toute la conduite opératoire.

Que se passe-t-il en France à ce moment ?

LA PELVIMÉTRIE EN FRANCE

CHAPITRE I

DE 1834 à 1870. — PAUL DUBOIS

Tandis que se développait en Allemagne cette école anatomique dont les travaux allaient bientôt se répandre, notamment en France, grâce à la traduction de Danyau en 1840, l'école française restait presque stationnaire. La doctrine de Baudelocque était admise par tous et malgré la valeur de cliniciens tels que Antoine Dubois, Gardien, Capuron, Mme Lachapelle, Mme Boivin, la thérapeutique de la dystocie pelvienne restait très sensiblement la même : attendre, prendre patience, appliquer le forceps ; dans de rares occasions faire la version podalique, recourir plutôt à la césarienne qu'à la symphyséotomie ou à l'accouchement prématuré provoqué.

La grande préoccupation des accoucheurs c'est d'arriver à mesurer le bassin ; mais des mesures qu'ils obtiennent, ils ne peuvent tirer d'indications

opératoires, ils obtiennent un chiffre absolu et ne se rendent pas compte du rapport qu'il y a entre les dimensions du bassin et celles de la tête fœtale qui doit le traverser. « Dans tous les traités d'accouchement, écrit Capuron, on parle de l'examen du bassin comme d'une chose qui n'offre presque pas de difficultés. Il semble qu'il n'y a qu'à promener la main sur les hanches de la femme, à les renfermer entre les branches d'un compas, ou à introduire le doigt indicateur dans le vagin pour vérifier la bonne ou mauvaise conformation de la filière que l'enfant doit traverser en venant au monde. Mais supposons qu'on ait apprécié la défectuosité du bassin le problème n'est point résolu pour cela (1). »

Et il continue en montrant le peu de connaissance que l'on a de la conformation et de la résistance de la tête fœtale. Aussi lorsqu'il va falloir choisir entre la césarienne et la symphyséotomie va-t-on voir surgir des difficultés « qui doivent faire trembler tout praticien honnête et délicat... Car à tous ces exemples nous pourrions ajouter celui d'une femme... qui accoucha tout naturellement dans notre amphithéâtre, il y a quinze ans, après avoir été condamnée au couteau césarien par celui qui tenait alors le sceptre de l'art en France. Qu'on se fie après cela à l'exactitude des pelvimètres et à la dextérité du doigt explorateur » (p. 607).

L'orientation des esprits est donc bien nette à

1. Capuron, p. 606.

cette époque, il faut mesurer le bassin, et de ces mesures tirer l'indication opératoire. Mais parmi les opérations possibles il en est une qui n'a pas de succès en France, c'est l'accouchement prématuré provoqué. Alors qu'il s'est répandu en Angleterre, en Hollande, en Allemagne, il ne trouve aucun crédit parmi les accoucheurs français. Il est franchement condamné par Mme Lachapelle, qui en plus de dimensions minima du bassin de 3 pouces de diamètre sacro-pubien exigerait pour le pratiquer « que la nature ait annoncé quelques dispositions à un avortement spontané ; c'est alors qu'on pourrait espérer un travail facile, rapide et sans suites funestes » (1). Mme Boivin, Gardien le repoussent, Capuron le qualifie en 1823 « d'attentat contre les lois divines et humaines » (2), enfin il est condamné officiellement en 1827 par l'Académie qui déclare la question « inconvenante » et qu'en « aucun cas il n'est permis, malgré ce qu'en a dit M. Fodéré, de provoquer l'accouchement » (3).

En somme, pendant toute cette période, on cherche, on tâtonne, on ne sait quelle voie prendre, et cependant la tendance générale est d'arriver à la codification des bassins, à tirer l'indication opératoire des résultats fournis par la pelvimétrie.

C'est alors qu'un revirement se produit en faveur de l'accouchement prématuré provoqué, grâce à

1. Mme Lachapelle, *Pratique des Accouchements*, 1825, t. III.
2. Siebold, p. 625.
3. Thèse Desnoues, p. 41.

Stoltz et à Burckardt, si bien qu'en 1833 l'Académie, sans toutefois revenir sur son jugement de 1827, ne repousse plus une opération qu'elle admettra enfin en 1835.

C'est à ce moment que la chaire d'obstétrique se trouvant vacante, Paul Dubois eut à soutenir sa thèse de professeur, et le sujet tel qu'il est posé montre bien à quel point ce problème de la thérapeutique des viciations pelviennes préoccupait tous les esprits. « Dans les différents cas d'étroitesse du bassin que convient-il de faire ? »

Cette thèse marque une date importante dans l'histoire de l'obstétrique française. Pendant soixante ans on va vivre sur les conclusions de Paul Dubois, jusqu'à ce que l'antisepsie, en donnant une grande valeur aux méthodes chirurgicales lui porte les premiers coups.

Voyons ce qu'est le premier travail d'ensemble sur la question de la dystocie pelvienne.

Dès l'abord Dubois ne se dissimule pas l'importance de la question qui lui est posée : « la question qui m'est échue est certainement une des plus vastes et des plus importantes qui puissent se présenter dans l'étude des accouchements. A l'examen et à la répartition des procédés divers que l'art oppose aux conséquences possibles et presque toujours très fâcheuses des rétrécissements du bassin se rattachent les points les plus obscurs, les plus litigieux et par conséquent les plus controversés dans la science, les

plus graves et les plus difficiles dans la pratique (1). »

Quant aux procédés opératoires indiqués jusqu'alors dans les ouvrages, les uns ont paru à Paul Dubois inefficaces, d'autres n'ont pas reçu de l'expérience une sanction suffisante, d'autres lui ont paru dangereux et parmi ces derniers il cite « la version sur les pieds, bien qu'elle ait été conseillée par Mme Lachapelle et qu'elle ait pu réussir entre ses mains » (thèse).

Dans une première partie Paul Dubois qui a posé son sujet sur le terrain purement clinique donne un rapide aperçu anatomique des bassins rétrécis.

Il distingue trois formes principales :

L'aplatissement d'avant en arrière ;
La compression d'un côté à l'autre ;
L'enfoncement des parties latérales ou antérieures.

L'aplatissement dû au déplacement de l'arc postérieur du bassin entraîne un raccourcissement simultané des diamètres antéro-postérieurs des détroits et de l'excavation ou simplement du détroit supérieur et dans le détroit du diamètre antéro-postérieur, suivant que le sacrum se porte en avant et en masse ou qu'au contraire la partie moyenne et supérieure de l'arc postérieur se deplace seule en avant. Et il constate en même temps que si la courbure du sacrum est exagérée, les diamètres antéro-postérieurs du détroit supérieur « abdominal » et du « détroit

1. Thèse de Paul Dubois.

périnéal » sont tous les deux raccourcis. Dans la compression latérale, le raccourcissement porte sur les diamètres transverses de l'excavation et du détroit inférieur.

Dans l'enfoncement des parties latérales de l'arc antérieur du bassin, le raccourcissement porte sur les diamètres obliques du détroit supérieur, de l'excavation et du détroit inférieur.

Enfin le détroit supérieur peut encore être rétréci par la projection extrême des dernières vertèbres lombaires et le diamètre cocci-pubien du détroit inférieur par la trop grande longueur de la symphyse.

Mais il reconnaît que le plus souvent c'est le détroit supérieur qui est rétréci et dans ce détroit le diamètre antéro-postérieur ; c'est le diamètre transverse dans le détroit inférieur. Le diamètre antéro-postérieur il le reconnaît en mesurant par le toucher digital le sous-pubien ou conjugué diagonal ; il rétranche 1 cm. 1/2 pour connaître le diamètre antéro-postérieur ou conjugué vrai. Il est arrivé à ce chiffre de 1 cm. 1/2 par la comparaison de pièces anatomiques. Paul Dubois ajoute que dans les bassins viciés le rétrécissement de ce diamètre peut varier depuis « une diminution de quelques lignes seulement jusqu'à l'oblitération presque complète de la cavité ». Après avoir étudié assez sommairement, il est vrai, le bassin, c'est-à-dire le contenant, il prendra en considération le contenu, l'enfant dont les dimensions sont également variables. Cet autre facteur, le contenu, est aussi indispensable à connaître que le pre-

mier tant il est vrai que « parmi les conditions nombreuses qui concourent à l'accomplissement heureux et facile de l'accouchement, il n'en est aucune qui soit plus digne d'attention parce qu'il n'en est aucune qui soit plus nécessaire qu'en rapport convenable entre le volume du fœtus et la capacité du canal qu'il doit parcourir. Cette condition peut manquer toutefois, soit du côté du fœtus si ses dimensions sont exagérées par quelque vice de conformation, ou par sa mauvaise situation à l'entrée du bassin, soit du côté de la mère si son bassin n'offre pas dans tous ses points également l'étendue qui appartient à sa conformation normale Dans l'un de ces cas, aussi bien que dans l'autre, le bassin est trop étroit,mais il l'est relativement dans le premier, il l'est absolument dans le second ».

Ceci étant posé il va diviser ses bassins rétrécis en prenant comme indication à cette nomenclature le degré de rétrécissement. La première catégorie comprendra les bassins dont le rétrécissement en quelque point qu'il existe laisse « encore un vide de trois pouces et demi au moins dans tous les sens, ce qui équivaut dans nos mesures actuelles à 8 cm. 50.

La seconde catégorie comprendra ceux dont le rétrécissement laissera un « passage dont l'un ou plusieurs diamètres auront trois pouces et demi d'étendue au plus et deux pouces et demi au moins, c'est-à-dire les bassins compris entre 8 cm. 52 et 6 cm. 37.

La troisième et dernière catégorie comprendra les

bassins dont le vide utilisable est au-dessous de cette dernière mesure, moins de 6 cm. 37.

Que se passera-t-il dans ces 3 cas ?

Or Dubois sait pour l'avoir observé que dans le premier cas l'accouchement sera plus ou moins laborieux, mais qu'en définitive tout se terminera pour le mieux pour la mère et l'enfant.

Il n'en sera plus de même dans le second cas où l'issue de l'accouchement dépendra soit de conséquences naturelles comme la vigueur des contractions utérines, ou et surtout du volume de la tête fœtale et de sa réduction, soit d'interventions artificielles ou opératoires.

Quant au troisième cas il est inutile de compter sur une issue naturelle de l'accouchement quel que soit le procédé employé ; c'est-à-dire que l'accouchement est impossible par les voies naturelles.

Ces principes ne sont pas absolus ; car encore une fois il faut tenir compte de la tête fœtale ; la progression du fœtus à travers la filière pelvienne est fonction du rapport entre le contenant et le contenu. « Il est en effet une vérité que l'on ne doit jamais perdre de vue et que j'aurai plus d'une fois occasion de rappeler : c'est que la facilité ou la difficulté de l'expulsion du fœtus ne dépendent pas seulement des degrés de resserrement du bassin, mais qu'elles sont grandement influencées par le volume de la tête fœtale, son plus ou moins de réductibilité, la force ou la faiblesse des contractions utérines. Par là s'expliquent les différences notables de résultats

dans des conditions de rétrécissement qui paraissaient être absolument identiques. »

Laissant de côté les variations de volume de la tête fœtale et les exceptions qui peuvent se produire bornons-nous à étudier ce qu'il convient de faire dans les trois cas que l'expérience journalière de Paul Dubois lui a fait choisir comme type. Que faudra-t-il faire dans le premier cas, c'est-à-dire quand le bassin nous laisse un ou plusieurs diamètres de « 3 pouces 7 lignes, 8 cm. 52 et que le fœtus se présente par le sommet. Point de doute qu'il ne s'agisse d'un accouchement naturel qui se fera spontanément même, si l'enfant est de dimensions normales ou à plus forte raison au-dessous, et si les contractions utérines sont vigoureuses. L'expectative est donc indiquée, sauf exceptions déjà citées (1), et qui pourraient aussi bien s'appliquer au bassin normal. Mais en présence de ces exceptions que faut-il faire ?

Si la dilatation de l'orifice de l'utérus étant complète, les membranes rompues et le liquide amniotique écoulé, les contractions utérines semblent lutter contre un obstacle infranchissable, sans résultat apparent. Paul Dubois terminera l'accouchement par les voies naturelles, mais artificiellement au moyen du forceps, « de préférence à tous les moyens oxytociques ».

Et si le fœtus se présente par l'extrémité pelvienne et que les mêmes phénomènes se produisent,

---

1. Enfant trop gros, contractions utérines insuffisantes.

il faudra encore seconder les contractions utérines ; plus n'est besoin de forceps, le fœtus lui-même fournit un moyen de traction. « Il sera nécessaire d'aider par quelques tractions modérées l'impulsion des contractions utérines et abdominales », c'est-à-dire que cette traction se fera au moment même des contractions utérines.

Si l'enfant se présente par la face, le forceps est encore indiqué, et on doit s'en servir plus tôt que dans la présentation du sommet, le travail étant plus long et la vie de l'enfant plus compromise.

Enfin si le fœtus se présente par son grand diamètre, par l'épaule, Paul Dubois indique la version par les pieds et si faire se peut par la tête. Lorsque le fœtus est mort la tactique à suivre est sensiblement la même.

En résumé, il s'agira d'un accouchement normal qui pourra s'effectuer spontanément ; mais si la présentation est anormale, siège ou face, si l'enfant est gros, il faudra aider la mère, seconder ses contractions utérines soit par le forceps, soit par des tractions manuelles ; si la présentation est mauvaise Dubois conseille la version par la tête ou par les pieds.

Passons à présent à la deuxième catégorie dont les diamètres les plus courts sont compris entre 3 pouces 1/2 d'étendue et 2 pouces 7 lignes c'est-à-dire entre 8 cm. 52 et 6 cm. 37.

« Ici se présentent les questions les plus délicates et les plus ardues de la chirurgie obstétricale, parce

qu'indépendamment des difficultés qui résultent de l'imperfection réelle et inévitable de nos moyens d'investigations, de l'ignorance forcée dans laquelle nous sommes de plusieurs éléments qui devraient éclairer notre jugement et motiver notre conduite, indépendamment d'ailleurs des difficultés toutes physiques qui trop souvent compromettent les résultats de nos déterminations, ce point de l'art vient encore se compliquer de tous les embarras et de tous les scrupules d'une question de conscience et de morale, d'une sorte de choix à faire entre deux existences qui doivent être également respectées. De là résulte, il faut bien le dire, un problème fort souvent insoluble, celui de concilier au même degré des intérêts que la force des choses rend parfois absolument inconciliables ; de là des irrésolutions, demi-mesures, les concessions dangereuses faites au désir de protéger également les deux êtres dont la vie est en péril, de là enfin les inconséquences pour ainsi dire forcées et si fréquemment préjudiciables aux deux individus (1). »

C'est ce problème si difficile et si délicat que Paul Dubois va chercher à résoudre, toujours en se basant sur les observations et son expérience personnelle. Si l'enfant est mort la question est simplifiée, il faut recourir à la perforation du crâne et à son évacuation si les contractions utérines ou abdominales sont reconnues insuffisantes. Mais quelquefois les mem-

1. Thèse Paul Dubois.

branes sont rompues depuis longtemps, le liquide amniotique s'est écoulé, et la vie de l'enfant se trouve compromise par l'action directe des contractions utérines sur le corps du fœtus ou encore par des tentatives d'extractions artificielles restées sans résultat. Ici P. Dubois se trouve en présence de trois opérations possibles : la section symphysaire, l'opération césarienne, la craniotomie. Et entre ces trois opérations, P. Dubois a choisi la craniotomie « cette opinion n'étant pas rigoureusement d'accord peut-être avec celle de la plupart des accoucheurs qui veulent, pour en venir à cette extrémité, avoir acquis la certitude de la mort du fœtus » (Thèse).

Et il justifie son choix en disant qu'en agissant autrement, on va compromettre gravement la santé de la mère pour obtenir un résultat absolument aléatoire. D'autant plus que « ce qu'il importerait de savoir, ce n'est pas si le fœtus vit encore de sa vie fœtale, mais si déjà la longueur du travail, ou la force des contractions, ou les tentatives d'extraction n'ont pas détruit quelques-unes des conditions qui seront prochainement nécessaires à l'établissement et au maintien de la vie extérieure » (Thèse). La symphyséotomie en effet ne dispense pas toujours de l'application des autres moyens qu'elle facilite et qui peuvent compromettre encore la vie de l'enfant. Or, selon Dubois, la diminution du volume de la tête par la craniotomie et son extraction ensuite par les moyens convenables sont les seuls moyens auxquels il convienne d'avoir recours », car dans certaines condi-

tions « les battements du cœur même distinctement entendus ne suffiraient nullement pour pratiquer une grave opération sur la mère » (Thèse).

La responsabilité morale est encore plus grave, il semble, quand les membranes sont intactes ou viennent d'être rompues. L'enfant n'a pas encore souffert, il est plein de vie, sortira-t-il intact ? Et cette question est tellement importante que Dubois avant de la résoudre la subdivise en deux catégories :

Une première qui comprend les bassins dont le plus petit diamètre varie entre 3 pouces 1/2 et 3 pouces, soit de 8 cm. 52 à 7 cm. 65.

Une deuxième qui comprend les bassins dont le plus petit diamètre varie entre 3 pouces et 2 pouces 7 lignes, soit de 7 cm. 65 à 6 cm. 37.

Dans le premier cas on appliquera le forceps dès que la dilatation sera complète, quitte à recourir à des applications réitérées de l'instrument si le cas l'exige.

Après plusieurs applications, comme l'enfant a souffert et que sa vie est compromise, sa viabilité très suspecte, on fait la craniotomie en dernière ressource.

Dans le second cas, il n'y a pas d'hésitation ; il est inutile de chercher à appliquer le forceps et l'enfant n'a de chances de naître vivant qu'en pratiquant sur la mère une opération et cette opération sera la symphyséotomie.

Telle est la conduite à tenir au cas où la femme se présente en travail, et c'est le seul cas qui ait été

envisagé par les accoucheurs jusqu'à ce moment. Sans doute on parlait bien d'examiner la femme pendant la grossesse, mais cet examen souvent incomplet parce que superficiel, n'entraînait aucune conséquence thérapeutique. Cette question, P. Dubois l'aborde franchement et lui propose une solution.

Deux cas se présentent selon lui ; ou bien on a affaire à une primipare et on est en droit d'espérer que l'accouchement pourra se terminer convenablement si l'enfant est petit, si les contractions utérines sont bonnes, en un mot si l'un quelconque des facteurs favorables imprévus se manifeste. Dans ce cas on doit laisser la femme faire ses preuves et il faut subir les événements.

Ou bien on a affaire à une multipare et on sait que les accouchements antérieurs ont été mauvais. Si lors de ces accouchements antérieurs les tentatives d'extraction réitérées ont amené la mort du fœtus, « il conviendra, je pense, d'avoir alors recours à l'accouchement prématuré artificiel ». Car grâce au volume moindre de l'enfant, l'accouchement impossible à terme pourra avoir lieu avant terme et on obtiendra ainsi un enfant vivant et viable sans grand préjudice pour la mère. Et observant ce qui se passe dans les accouchements accidentels avant terme, dans les avortements, il cite dans sa thèse plusieurs observations parmi lesquelles nous rapportons celle due au professeur Fodéré.

« Une dame qui avait été délivrée trois fois au moyen de la perforation du crâne, accoucha préma-

turément la quatrième fois à la fin du septième mois, par suite d'une grande frayeur ; l'enfant survécut et en 1828 il avait atteint sa dix-huitième année. L'accident était arrivé en Hollande et l'accoucheur avait conseillé à la dame de se faire toujours délivrer à sept mois si elle redevenait enceinte. Ce conseil ne fut pas suivi ; dans une cinquième, sixième, septième et huitième grossesse, on fut toujours obligé d'en venir à la perforation du crâne, et la dame succomba à son neuxième accouchement. »

Si les choses se passent ainsi, c'est que le volume de la tête fœtale est variable dans les trois derniers mois de la grossesse, et la tête qui passera dans un bassin resserré au septième ou au huitième mois, ne passera plus à terme c'est-à-dire à l'achèvement de son complet développement. Et dans le volume de la tête fœtale c'est le diamètre bi-pariétal qui nous intéresse le plus.

Or, après avoir expérimenté sur un certain nombre d'enfants, P. Dubois a tiré de cette expérimentation une moyenne.

Et cette moyenne nous montre selon Dubois qu'à sept mois le bi-pariétal mesure 2 opuces 8 lignes, soit 6 cm. 7 ; à huit mois, 3 pouces soit 7 cm. 65 ; à terme, 3 pouces 6 lignes, soit 8 cm. 80 ; à sept mois et demi, 2 pouces 10 lignes, soit 7 cm. 3.

Le diamètre occipito-frontal varie dans les mêmes conditions.

Il faut tenir compte aussi de la réductibilité des os du crâne plus facile à un âge moins avancé.

Et quant aux résultats Paul Dubois n'hésite pas à proclamer que dans aucune autre intervention ils ne sont aussi satisfaisants. Se basant sur les statistiques, il constate que la vie fœtale a été sauve dans les deux tiers des cas ; le sort des mères est évidemment beaucoup plus favorable.

Voyons un peu ce qui se passe avec les opérations en dehors des cas où l'on est malheureusement obligé de pratiquer la craniotomie. « Qu'on se rappelle que sur 41 observations de symphyséotomie recueillies par Baudelocque, 14 ont été suivies de la mort de la mère et que 28 enfants ont succombé. Que sur 110 cas d'opérations césariennes pratiquées depuis 1801 jusqu'à 1832 et rassemblés par Michaëlis, 62 femmes sont mortes, 29 enfants sont nés morts, 4 sont nés très faibles et l'on ne possède aucun renseignement sur quatorze autres ; de sorte que cette cruelle ressource à laquelle on a surtout recours dans l'intérêt des enfants, leur est seulement favorable à peu près comme l'accouchement provoqué l'est à ceux qui naissent dans les conditions spéciales qui déterminent à y recourir et qu'elle coûte cependant la vie presque aux trois cinquièmes des femmes qui l'ont subie » (thèse).

La statistique est donc favorable, mais à quel âge de la grossesse l'accouchement prématuré artificiel doit-il être pratiqué ?

Il doit être pratiqué quand le fœtus est viable, c'est-à-dire quand ses organes sont suffisamment développés pour le rendre apte à la vie extérieure, et chez

la grande majorité des fœtus c'est à sept mois et demi que ces conditions sont remplies ; à cette époque la tête fœtale a acquis un volume de 2 pouces 10 lignes à 3 pouces : bi-pariétal, 7 cm. 3.

Le même espace devra donc être demandé au bassin et pour la bonne progression du fœtus, la réductibilité des os du crâne fera le reste, en deça de cette mesure nous ne devons évidemment pas songer à l'accouchement prématuré. Il est des cas où l'accouchement prématuré devient une précaution superflue, c'est lorsque le bassin a plus de 3 pouces 1/4 (1), car alors l'application de forceps est praticable et susceptible d'amener des enfants vivants.

Et Paul Dubois ajoute que ces limites qui se rapprochent de la vérité sont encore factices car certaines femmes accouchent d'enfants relativement petits, d'autres au contraire, outre qu'elles sont affligées d'un bassin rétréci accouchent d'enfants fort gros. Il s'agit donc là d'une moyenne et non d'exceptions.

Outre les conditions énoncées pour pratiquer cette opération, une autre s'impose : il faut que l'enfant se présente par la tête. S'il en est autrement Paul Dubois conseille d'attendre quelques jours, car il est très possible qu'une évolution spontanée se fasse. Il a observé en effet que plus on approchait du terme plus devenaient rares les présentations des pieds ou des fesses ou de l'épaule.

1. Huit centimètres.

Étant armé d'une science suffisante, et en s'entourant de précautions nécessaires, Paul Dubois pense enfin qu'il est inutile d'examiner la question de savoir s'il est licite d'avoir recours à l'accouchement prématuré, après avoir démontré « qu'il est loin de mériter la réprobation presque inexplicable dont il a été si longtemps frappé en France, qu'il offre l'avantage de sauver un grand nombre d'enfants sans soumettre la vie des mères à des chances réellement fâcheuses et qu'il peut être considéré comme une ressource précieuse dans des cirtonstances auxquelles l'art n'a su opposer encore que des opérations presque toujours fatales, soit à la mère, soit à l'enfant et trop souvent à tous les deux à la fois ».

Quant à sa moralité il est impossible de la contester, « car il est prouvé par le raisonnement et par l'expérience que dans les cas les plus graves et dans lesquels la vie de la mère et celle de l'enfant seraient souvent compromises, l'accouchement prématuré artificiel a le très grand avantage de soustraire presque toujours l'un à ces dangers et de conserver souvent la vie de l'autre ».

Enfin Paul Dubois conseille à tout médecin pour sa propre réputation de ne pas pratiquer l'accouchement provoqué sans être assisté d'un confrère.

L'accouchement ne peut donc être provoqué que dans les bassins conservant encore une certaine amplitude ; et si le bassin n'offre pas au moins un diamètre limite de 2 pouces 7 lignes (1), il est

1. Sept centimètres.

inutile de songer à utiliser les voies naturelles. L'hystérotomie semble être la dernière ressource surtout si la poche des eaux n'est pas encore rompue, ou si sa rupture est un fait tout récent, ou si aucune manœuvre de nature à compromettre l'existence de l'enfant n'a été faite. Et si Dubois fixe une limite du rétrécissement, c'est sans doute parce qu'il pense qu'il est inutile de s'attarder à des tentatives inutiles ou nuisibles.

Si le fœtus est mort la craniotomie s'impose, mais l'extraction consécutive pourra-t-elle se faire, oui, si nous avons encore à notre disposition un petit diamètre de 2 pouces ; au-dessous de cette mesure, on est réduit à la nécessité de faire encore une césarienne pour extraire un fœtus mort, une tumeur nuisible à l'organisme comme on ferait, dit Dubois, pour une grossesse extra-utérine. Telle est la conduite à suivre pour les bassins dont le diamètre a plus de 2 pouces 1/2, soit 6 cm. 37.

Mais au-dessous de cette dimension que convient-il de faire ; sans doute l'enfant est vivant, mais on ne peut espérer l'obtenir viable. Dans ce cas, quand les contractions utérines se sont vigoureusement exercées sur le corps du fœtus après évacuation des eaux, quand déjà des tentatives d'extraction ont été faites sans succès, alors « il faut se conduire de même que dans le cas où l'on a la certitude de la mort de l'enfant », il faut faire la craniotomie.

Dans les présentations du siège, si la tête est

retenue au détroit supérieur, c'est encore à la craniotomie qu'il faut recourir.

« J'ai trop longuement exposé déjà les raisons qui rendent fort incertains les signes non sans doute de la vie, mais de la viabilité du fœtus, je dirai seulement que si cette incertitude m'a paru justifier, le rejet d'une opération qui pouvait compromettre les jours ou seulement la santé future de la mère (la symphyséotomie), on concevra à bien plus forte raison la même réserve lorsqu'il s'agit de pratiquer l'opération césarienne qui laisse si peu de chance à sa conservation » (thèse).

Telle est résumée la thèse de Paul Dubois, qui pour la première fois pose nettement les indications opératoires. Ces indications nous pouvons les résumer dans le tableau suivant :

MENSURATIONS DU BASSIN		CONDUITE A TENIR PENDANT LE TBALAIL	CONDUITE A TENIR PENDANT LA GROSSESSE
Plus de 9 centim.		Attendre. Terminer par le forceps	Attendre.
De 9 cm à 6 cm 1/2	de 9 à 7 cm 1/2	Forceps.	Primipare attendre.
	7 1/2 à 6 cm 1/2	Perforation ou opération sanglante.	Multipare. Accouchement prématuré provoqué.
Moins de 6 cent. 1/2		Accouchement impossible	

Quant aux opérations obstétricales employées par Paul Dubois, c'est d'abord et avant tout le forceps ; (la version est à peu près complètement rejetée) ; l'accouchement prématuré qui, à la suite de ce travail et de celui de Stoltz, va prendre une importance primordiale ; l'embryotomie qui va se perfectionner peu à peu grâce au céphalotribe de Baudelocque neveu et à la technique de Pajot, grâce également au cranioclaste de Braun qui va paraître. Symphyséotomie et césarienne restent des opérations d'exception dont on parle et qu'on ne pratique pas. Ainsi la question est non seulement bien posée, mais elle a déjà une solution sur laquelle vont vivre les accoucheurs pendant soixante ans.

Chacun des points abordés par Dubois va être repris et étudié ; les procédés opératoires pourront être perfectionnés, mais ce n'est qu'avec la renaissance chirurgicale que l'œuvre de Dubois perdra la valeur d'un dogme, cessera d'être la doctrine officielle. Jusqu'à ce moment-là tous les accoucheurs vont dériver de Dubois, d'autant plus que son œuvre clinique va trouver encore une confirmation dans l'œuvre anatomique de l'école allemande qui va se répandre en France à ce moment.

Le résultat, c'est que l'on s'éloigne de plus en plus des opérations sanglantes et que tout l'effort porte vers le perfectionnement de l'accouchement prématuré provoqué et de l'embryotomie.

Le céphalotribe de Baudelocque neveu marque un premier pas dans la voie du perfectionnement,

Pajot le modifie, précise sa technique et son emploi.

Entre temps, apparaît le cranioclaste. Dubois préconise les ciseaux pour l'embryotomie rachidienne, Pajot invente l'embryotomie à la ficelle-scie que Ribemont-Dessaignes devait rendre pratique plus tard.

Les opérations mutilatrices prennent une importance énorme, on les conseille même sur l'enfant vivant et on peut lire dans Pajot :

« Les accoucheurs parmi les modernes, et ils sont nombreux, qui tout en concédant qu'il est douloureux de sacrifier le fœtus, s'y résolvent en s'appuyant sur l'assentiment de l'immense majorité, sur les adhésions constantes du père, de la mère, de la famille ; sur les opinions d'un très grand nombre de nos confrères les plus justement renommés et enfin sur leur propre conscience où ils lisent qu'ils traiteraient ainsi leur femme, leur fille, leur sœur ; ceux-là puisent dans toutes ces considérations le courage de faire ce qu'ils considèrent comme un devoir, c'est-à-dire de tenter la conservation de la vie maternelle même aux dépens de la vie fœtale (1). »

La césarienne est à ce moment nettement condamnée ; au point que M. Guéniot peut écrire dans sa thèse intitulée : parallèle entre la céphalotripsie et l'opération césarienne, en parlant de ses maîtres : « Je pourrais, suivant docilement leurs enseignements quotidiens, prendre un parti décidé pour la

---

1. Pajot, *De la Céphalotripsie répétée*, p. 8.

doctrine de la céphalotripsie, reléguer l'hystérotomie parmi les opérations que l'absolue nécessité impose quelquefois et me constituer l'adversaire résolu de la pratique des hystérotomistes (thèse, p. 1). »

Mais cette thèse elle-même marque déjà une réaction contre ces théories et M. Guéniot n'hésite pas à écrire en parlant de la céphalotripsie sur l'enfant vivant : « la Céphalotripsie ne doit et ne peut être considérée que comme une opération de désespoir, dont il importe à ses partisans de restreindre de plus en plus l'emploi en perfectionnant les procédés de l'opération césarienne (Guéniot). »

En somme, et pour nous résumer, l'obstétrique française, vers 1870, possède une doctrine, une ligne de conduite unique. Le forceps reste l'instrument de choix, l'embryotomie commence à être employée moins aveuglément. L'accouchement prématuré jouit d'une faveur absolue; ses règles sont cependant mal posées, ses résultats imparfaits (voir thèse de Desnoues).

La version n'est employée que rarement ; la césarienne et la symphyséotomie sont abandonnées. Les indications existent en somme, mais vagues, insuffisamment étudiées ; c'est en réunissant les méthodes cliniques et anatomiques que Tarnier va préciser ces divers points.

DE 1870 A 1900. — TARNIER

Ainsi que nous l'avons vu dans le dernier chapitre une seule idée dominait en obstétrique à cette époque. Il fallait extraire les enfants par les voies naturelles, et ainsi éviter à tout prix les interventions sanglantes.

Les règles générales sont posées, la ligne de conduite tracée par Paul Dubois est adoptée par tous. Mais cette ligne de conduite est surtout empirique ; il faut lui donner une base plus scientifique. Ce fut l'œuvre de Tarnier. Clinicien remarquable, observateur éminent, mécanicien de génie, Tarnier qui était en plus un expérimentateur fit de l'obstétrique ce qu'elle est actuellement en la dotant de ses principaux instruments et en réglementant ses diverses interventions. Et si aujourd'hui, grâce aux méthodes chirurgicales modernes, une évolution se produit dans l'obstétrique opératoire, il n'en est pas moins vrai que tout l'enseignement obstétrical que l'on pratique encore à l'heure actuelle n'est en grande partie que celui de Tarnier.

Le problème posé était donc celui-ci : extraire l'enfant par les voies naturelles. Dans ce but trois points se présentaient à l'étude : d'abord et avant tout il fallait bien préciser le mécanisme de l'accouchement ; il fallait ensuite étudier les méthodes opératoires propres à aider la nature ; enfin il fallait fixer les règles et la technique de l'accouchement

prématuré provoqué qui était à cette époque l'ultime ressource dans la dystocie pelvienne. Tarnier aidé de ses élèves aborda et résolut ces diverses questions.

Le mécanisme de l'accouchement,nous l'avons vu, avait été étudié en Allemagne et les travaux anatomiques allemands s'étaient répandus en France. Le bassin et le mécanisme de l'accouchement étaient connus suffisamment : il restait cependant à préciser quelques points indispensables.

Tarnier fit donc reprendre l'étude du bassin par M. Pinard qui dans la thèse intitulée : *Recherches de pelvimétrie et de pelvigraphie sur 100 bassins viciés* (1874) montra que le diamètre conjugué vrai, obstétrical, utilisé pour l'engagement de la partie fœtale était plus petit encore qu'on le croyait et aboutissait non pas au bord supérieur de la symphyse mais à une éminence osseuse visible sur le bassin sec et située à 5 millimètres du bord symphysaire qui est le *punctum culmen*. Ce diamètre seul utile,obstétrical un peu plus court que le sacro-sus-pubien, Pinard l'appelle promonto-pubien minimum.

Le diamètre utile promonto-pubien minimum va de l'angle sacro-vertébral à 15 millimètres du bord supérieur de la symphyse. On arrive à la connaissance du diamètre utile en mesurant le diamètre sacro-sous-pubien dont on déduit ensuite une certaine quantité qui n'est pas fixe, mais varie avec la forme des bassins. Pour connaître la déduction à

faire, Pinard fait une expérimentation roulant sur 100 bassins viciés ; il en mesure respectivement les diamètres diagonal et promonto-pubien minimum et prend comme terme la moyenne des différences entre ces deux diamètres.

Il divise ses bassins viciés en cinq types et prend une moyenne pour chaque type de bassin ; il prend ensuite une moyenne générale. Il constate qu'il y a trois causes qui font varier le rapport des diamètres, c'est :

1° La hauteur de la symphyse ;

2° Son épaisseur ;

3° Sa direction.

Et comme moyenne de toutes ces mensurations il trouve que la différence entre le diamètre diagonal et le promonto-pubien minimum est de 1 cm. 53 sur 100 bassins viciés.

Connaissant ainsi d'une façon exacte le trajet que doit parcourir le fœtus, il faut étudier non moins exactement ce qu'est le fœtus lui-même et comment il se comporte à travers la filière qu'il traverse, comment enfin il s'accommode à cette filière.

Cette étude fit l'objet de la thèse de Budin en 1876 : *De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique*. Budin démontra que la tête fœtale se déforme au cours du travail pour reprendre ensuite après l'accouchement ses dimensions primitives. Connaissant par expérience les différents diamètres de la tête fœtale, il était facile de mesurer soit avec le pelvimètre Depaul ou le céphalomètre de Budin la

valeur des diamètres de la tête après la sortie du fœtus, puis de mesurer ces mêmes diamètres quelques jours plus tard et d'apprécier ainsi la déformation. Budin (p. 65) ayant recueilli 52 observations de présentations du sommet constata que, dans tous ces cas, les déformations étaient variables mais non persistantes. La tête reprenait sa forme primitive au bout de quarante-huit heures ; et à ce moment on constatait, en faisant de nouvelles mesures, une augmentation du diamètre occipito-mentonnier de 11 millim.5, du diamètre occipito-frontal, du diamètre sous-occipito-bregmatique 12 millimètres, du diamètre bi-pariétal, peu considérable, du diamètre bi-temporal plus marquée.

Les agents de cette déformation sont dus, comme l'a remarqué Budin, aux parties constituantes de la tête fœtale. D'abord aux fontanelles qui permettent la réduction absolue du crâne qu'on peut constater « lorsque pendant toute la durée de la contraction utérine, après la rupture des membranes, la tête étant dans l'excavation, on peut mettre et laisser le doigt sur la fontanelle antérieure : on sent alors ses bords qui se rapprochent de plus en plus, puis ils s'écartent lorsque la contraction cesse » (p. 68).

Ensuite aux sutures qui permettent le chevauchement des os les uns sur les autres ; grâce aux sutures l'occipital s'enfonce sous les pariétaux, le frontal s'y enfonce également ; les pariétaux peuvent chevaucher aussi l'un sur l'autre.

Enfin les os. Et Budin remarque à l'union de la

portion basilaire et de la portion écailleuse de l'occipital, juste en arrière du trou occipital, une bande de tissu fibro-cartilagineux, sorte de « charnière cartilagineuse et fibreuse qui permet à la portion écailleuse de l'occipital d'exécuter sur la portion basilaire du même os des mouvements d'avant en arrière et d'arrière en avant, de véritables mouvements de flexion et d'extension » (p. 73).

D'autre part l'extrémité libre du frontal qui aboutit à la fontanelle antérieure est très souple et très mince et facilite le chevauchement du frontal sous les pariétaux. Les deux pariétaux sont aussi très souples au niveau de leur bord interne ou sagittal de façon à permettre leur chevauchement.

Budin cherche à tirer de ces constatations des indications opératoires dans les cas d'angustie pelvienne. Or Budin était allé en Angleterre, il avait traduit Mathias Duncan ; il avait étudié avec Simpson et avait été très séduit par l'emploi de la version podalique, si oubliée en France à cette époque, même par Tarnier. Aussi trouve-t-on dans son travail un effort pour réhabiliter cette opération, pour lui donner une place importante à côté du forceps et de l'accouchement prématuré.

« Le problème est en effet très complexe; si la femme est arrivée à terme, doit-on pratiquer la version ou appliquer le forceps? Si la femme est au milieu de sa grossesse, doit-on attendre la fin de la gestation ou bien provoquer avant terme l'accou-

chement et dans ce dernier cas devra-t-on encore préférer le forceps ou la version ?

» On devrait aussi tenir compte et du degré et de la forme du rétrécissement, il faudrait pouvoir arriver à la connaissance exacte du volume de la tête, de la longueur de ses différents diamètres, de sa réductibilité, etc. Et en supposant qu'un jour la question puisse être complètement résolue grâce aux recherches expérimentales et à l'accumulation de nombreuses observations cliniques, il sera toujours laissé beaucoup pour chaque cas particulier à la sagacité du médecin » (p. 87).

Et étudiant l'engagement de la tête fœtale dans les bassins rétrécis, Budin se sert d'un bassin artificiel en bronze dont le diamètre antéro-postérieur est susceptible d'être rétréci à volonté. Il fait deux séries d'expériences : les premières portant sur des enfants arrivés à terme, les secondes sur des enfants nés avant terme au septième ou au huitième mois de la vie intra-utérine. Il constata que chez les fœtus à terme engagés par les pieds il y a eu « séparation, arrachement des vertèbres cervicales sans parler de l'enfoncement presque constant du pariétal qui se trouvait en rapport avec l'angle sacro-vertébral » (p. 100). Avec le forceps, au contraire, la tête fut extraite sans lésions.

Chez les fœtus avant terme, la traction est beaucoup moindre si on fait la version, beaucoup plus considérable avec le forceps. Avec la version il n'y a pas d'enfoncement du crâne, quelquefois une légère

dépression pariétale, et Budin ajoute: « Il semble que le précepte formulé par Barnes soit exact. Quand le diamètre conjugué est rétréci la version est le complément obligé de l'accouchement prématuré à sept ou huit mois. »

Comment expliquer le mécanisme de ce phénomène ? On observe dans l'engagement par les pieds deux mouvements : un mouvement de flexion et un mouvement de descente ; le mouvement de flexion met le diamètre bi-temporal le plus petit et le plus réductible en rapport avec le diamètre promonto-pubien. Ce mouvement de flexion est dû à l'arrêt de la surface postérieure de l'occipital sur le bord du détroit supérieur et à l'inclinaison de la surface du pariétal ; un diamètre plus petit succède ainsi à un diamètre plus grand, ce qui facilite la sortie de la tête (p. 104). Ce mouvement de flexion s'exécute aussi chez le fœtus à terme, mais la ligne qui va de la suture fronto-pariétale « à la pointe de l'occiput et à la nuque est toujours trop considérable pour permettre au diamètre bi-temporal de se mettre en rapport avec le diamètre promonto-pubien du bassin » (p. 104). Par compensation la diminution du diamètre bi-temporal permet l'augmentation de tous les autres diamètres pendant l'engagement par les pieds. Si on saisit dans ces conditions la tête avec le forceps lorsqu'elle s'engage première, la tête saisie du front à l'occiput ne peut augmenter que suivant ses diamètres verticaux et la réduction du bi-temporal est moindre d'où une traction plus forte avec le for-

ceps. Donc version avant terme et forceps à terme, telle est la conclusion à tirer de la thèse de Budin. Sous l'influence des idées de Budin, Tarnier étudia la version et bientôt il fit préciser dans la thèse de Champetier de Ribes le mécanisme de la sortie de la tête dernière (1878).

« La sortie de la tête restée la dernière après le dégagement du tronc et des épaules fixa notre attention. Comment la tête fœtale venant la dernière franchit-elle le détroit supérieur rétréci seulement dans son diamètre antéro-postérieur ? Quelles sont les conditions qui favorisent sa descente » ? (Th., p. 6). Champetier de Ribes remarqua que la tête dernière s'engage d'abord par sa partie postérieure, base d'abord, voûte ensuite. Cette inclinaison postérieure est conservée jusqu'à ce que la bosse pariétale arrive au niveau du détroit supérieur. A partir de ce moment, la tête pivote et brusquement par un mouvement contraire se fléchit et se porte en masse dans la moitié du bassin qui contient déjà l'occiput : la bosse pariétale postérieure se loge alors dans l'encoche formée par la réunion du promontoire et l'aileron du sacrum et la suture fronto-pariétale se trouve en rapport avec la saillie du promontoire.

Les mouvements sont moins nets quand le bassin n'est pas très rétréci et impossibles quand il est rétréci au delà d'une certaine limite. C'est donc la flexion qui joue un grand rôle dans l'engagement. On peut la faire d'une façon artificielle ; on la facilite en opérant des tractions sur le maxillaire

inférieur au moyen de deux doigts introduits profondément dans la bouche.

La flexion permet à la tête, en rendant le diamètre occipito-mentonnier de plus en plus parallèle à l'axe du détroit supérieur, de présenter des diamètres de plus en plus petits. Il convient d'ajouter aux tractions sur le maxillaire l'expression abdominale.

Voici donc la version réhabilitée en France, mais elle n'y prend pas cependant un droit de cité incontestable. Sans doute Budin va la pratiquer, mais Tarnier reste partisan du forceps, de l'extraction instrumentale. Or le forceps dont on se sert, le forceps de Levret est défectueux ; bon instrument au détroit inférieur, il devient un tracteur défectueux lorsqu'on l'applique un peu plus haut dans l'excavation. « Le forceps de Levret en saisissant la tête du fœtus la comprime ; que les efforts de l'accoucheur soient très énergiques, qu'il serre trop fortement les manches de l'instrument et cette compression deviendra dangereuse pour l'enfant. On ne peut jamais (avec le forceps de Levret) faire des tractions suivant l'axe du canal pelvi-génital quelle que soit d'ailleurs la hauteur à laquelle la tête fœtale est placée, détroit supérieur, excavation détroit inférieur, orifice vulvaire. La mauvaise direction de tractions est inhérente à la forme même du forceps » (Tarnier).

Après les tentatives de Demelin, Chassagny, Hubert de Louvain, Poulet, etc., Tarnier se propose

de mettre entre les mains des accoucheurs un forceps capable : « 1° de permettre à l'opérateur de pouvoir toujours tirer suivant l'axe du bassin, quelle que soit la situation de la tête dans la filière pelvienne ; 2° de laisser à la tête fœtale assez de mobilité pour qu'elle puisse suivre librement la courbure du bassin ; 3° de présenter une aiguille indicatrice montrant à l'accoucheur la direction qu'il doit donner à ses tractions pour qu'elles soient irréprochables » (Tarnier).

C'est en 1875 que Tarnier décrivit à l'Académie un forceps réunissant ces trois qualités. En 1877, il présenta un autre forceps composé de deux branches de préhension et de deux tiges de traction qui s'implantent dans une poignée transversale. Le nouveau forceps devint universellement connu, il fut même adopté à l'étranger avec quelques modifications qu'y apportèrent Alexander, Simpson, Saüger, etc. Son emploi demande de l'adresse plutôt que de la force. « Il faut que la partie fœtale comprise entre les cuillers du forceps exécute tous les mouvements qui lui seraient imposés si l'accouchement était naturel » (Tarnier); les tractions faites pendant les contractions utérines doivent être exemptes « de tout effort brusque ». C'est donc un instrument mieux conçu dans ses dimensions, moins dangereux dans son application et pour la mère et pour l'enfant et l'on peut dire : « qu'en mettant entre les mains des accoucheurs un instrument moins nocif que tous

ceux qui existaient jusqu'alors, Tarnier a rendu un immense service » (1).

Mais malgré ces perfectionnements, le forceps ne permettait pas de réussir toujours l'extraction ; dans bien des cas, il fallait recourir à la céphalotripsie. On employait l'instrument de Baudelocque. Sans hâte, avec patience, on faisait une, deux, cinq, six applications de l'instrument en les espaçant de plusieurs heures. Il fallait une journée quelquefois pour terminer une semblable opération.

Tarnier modifia encore l'instrumentation et créa le basiotribe avec son perforateur et ses deux cuillers et le présenta à l'Académie le 11 décembre 1883 Ce perforateur est poussé doucement dans la cavité cranienne jusqu'à ce que la pointe soit arrêtée par un plan résistant, la base avec laquelle il reste en contact. « La branche gauche est ensuite appliquée comme s'il s'agissait du forceps et articulée avec la branche médiane. Branche médiane et branche gauche sont alors rapprochées par la vis d'écrasement et broient une moitié de la tête ; un petit crochet maintient les deux branches rapprochées pendant qu'on enlève la vis d'écrasement. La branche droite, la plus longue de toutes, est ensuite appliquée et articulée comme la branche droite d'un forceps et la vis d'écrasement mise de nouveau en place rapproche cette branche des deux premières. La tête est ainsi écrasée en deux broiements successifs moitié

1. Pinard, éloge prononcé à l'Académie, 1908.

par moitié, puis l'on procède à son extraction (Tarnier). »

C'est donc grâce au perforateur que la tête reste immobile et permet le broiement ; ajouter un perforateur à l'instrument de Baudelocque semble chose facile, encore fallait-il le trouver. « Tarnier, dit Pinard dans son éloge, n'a fait que joindre le perforateur aux deux branches du céphalotribe, c'est vrai. Mais pour trouver cela, il fallait cependant une chose, une seule : une inspiration géniale. » Le basiotribe de Tarnier précéda celui de Bar qui pouvait servir en même temps de cranioclaste, et l'embryotome-guillotine de Tarnier précéda ceux de Pajot et de Ribemond-Dessaignes dans l'embryotomie cervicale. Par ces perfectionnements apportés sans cesse aux instruments d'extraction, Tarnier a créé ainsi toute une instrumentation et une technique opératoire nouvelles.

Mais tout cela ne répondait qu'à une seule indication, l'évacuation de l'utérus, lorsqu'on n'avait pu au cours de la grossesse intervenir à temps pour provoquer l'accouchement. Tarnier reste en effet un grand partisan de l'accouchement prématuré provoqué. Il le pratique même d'une façon illimitée et le fait encore dans les bassins de 4 cm. 5 à 3 cm. 5, si la femme déclare s'opposer à une opération sanglante. Le but de Tarnier étant « toujours et partout faire tout pour conserver la vie », il provoque l'accouchement pour restreindre le nombre des victimes maternelles ou fœtales.

« Ayant reconnu l'inefficacité ou les dangers des moyens préconisés jusqu'alors pour provoquer l'accouchement, il s'efforce d'en trouver un autre sûrement efficace et non dangereux et en 1862 il lisait à l'Académie un mémoire décrivant ce nouveau moyen (Pinard, éloge de Tarnier). C'est le ballon Tarnier avec lequel, dit Tarnier lui-même, l'opération ne présente aucune difficulté ; un avantage non moins grand de cette opération c'est son extrême simplicité comparée aux embarras qu'on rencontre dans l'emploi de l'éponge préparée et des douches utérines. »

En effet, l'utérus entre en contraction et se débarrasse du ballon comme d'un corps étranger ; ensuite les contractions utérines ainsi amorcées continuent. Plus tard il créera son écarteur dans le même but : provoquer l'accouchement facilement et sans grands risques pour la mère.

Mais avec cette méthode on faisait naître des enfants de taille souvent telle qu'on avait les plus grandes difficultés à leur conserver une température suffisante et que leur mortalité était formidable. « Quand par les temps froids, dit Pinard, Tarnier arrivait le matin dans son service, il éprouvait un véritable supplice en examinant les nombreux petits malheureux qui enveloppés d'ouate lui étaient présentés immobiles figés et ne devant plus jamais se réchauffer. »

C'est alors que Tarnier étudia la couveuse et qu'après les tentatives de Dénucé, et de Credé il la

vulgarisa de 1880 à 1883. L'effort consacré par Tarnier aux nourissons fut considérable et à cet égard nous ne saurions mieux faire que de reproduire ces paroles de M. Pinard : « L'artiste qui a conçu le superbe bas-relief illustrant la clinique qui porte si légitimement son nom, ne pouvait faire mieux qu'en représentant mon maître en action, c'est-à-dire donnent ses soins à un nouveau-né. (1) »

En somme dans cette période l'accouchement prématuré provoqué est l'opération de choix. On a perfectionné sa technique ; grâce à la couveuse et au gavage, le pronostic concernant la viabilité des enfants débiles est devenu meilleur. On fait naître des enfants de plus en plus petits et Berthod écrit dans sa thèse (Paris, 1887): « Grâce à l'emploi de la couveuse et du gavage, l'époque de la viabilité au point de vue clinique arrive à se confondre avec l'époque de la viabilité légale : six mois. »

Et c'est ainsi que l'on provoque l'accouchement même dans des bassins de moins de 6 ceutimètres.

En somme, nous pouvons ainsi résumer rapidement dans un tableau d'ensemble la technique de Tarnier.

---

1. Pinard, éloge de Tarnier.

Bassins de 11 centimètres à 9 centimètres 5 : Attendre, laisser aller à terme et terminer par le forceps.

Bassins de 9 cm. 5 à 8 cm. 5	En travail : forceps, basiotripsie. Pendant la grossesse : accouchement provoqué.
Bassins de 8 cm. 5 à 7 cm. 5	Au-dessus de 8 centimètres, accouchement prématuré. Au-dessous de 8 centimètres, si la femme y consent, symphyséotomie à terme.

Bassins au-dessous de 7 cmc. 5 : Ne laisser aller à terme que si la femme accepte une opéraiion sanglante, sinon accouchement prématuré.

On voit qu'on ne peut avoir recours à une opération sanglante que si la femme y consent, et cela s'explique par les risques énormes qu'on lui fait courir et par les désastres auxquels donnent lieu ces interventions. « Il semblait que les progrès de l'obstétrique opératoire dussent à jamais consister en des perfectionnements sans cesse renouvelés des instruments d'extraction ; dans une habileté opératoire toujours plus grande et appliquée à l'emploi de ces appareils (1). »

Et c'est ainsi qu'à cette période on faisait naître ces êtres extraordinaires dont Audebert a pu dire :

---

1. Bar, *Obstétrique*, 1911, n° 1.

« qu'ils étaient souvent des blessés, presque toujours des malades, toujours des avortons » (1).

Les dimensions du bassin et l'âge de la grossesse étaient les seules données sur lesquelles on se basait pour provoquer l'accouchement. Dans tel cas d'angustie pelvienne, il fallait faire l'accouchement à tel mois. Le barême était ainsi fait et on ne cherchait guère à apprécier les rapports qui pouvaient exister entre les dimensions du bassin et de la tête fœtale.

Une réaction devait forcément se produire, d'autant plus que déjà l'antisepsie vint donner aux interventions chirurgicales toute leur valeur en améliorant leur pronostic. Cette réaction se manifeste pour la première fois par une tentative de mensuration de la tête fœtale. On cherche à déterminer à quel moment il faut faire l'accouchement prématuré en se basant non plus sur l'âge de la grossesse mais sur le volume de la tête fœtale.

Pinard (2) a déterminé les rapports respectifs de la tête fœtale et du bassin au moyen du palper mensurateur.

Si l'extrémité des doigts s'insinue facilement entre la symphyse et la tête, on en conclut que le diamètre bi-pariétal de la tête est plus petit que le diamètre antéro-postérieur du bassin.

---

1. *Archives de Médecine de Toulouse*, 1900-1901.
2. *Traité du palper abdominal*, 2e éd. Paris, 1889, p. 209.

Si l'extrémité des doigts ne peut s'insinuer et rencontre la tête effleurant la symphyse, c'est que les deux diamètres sont sensiblement égaux.

Enfin, si la tête fœtale déborde la symphyse, le diamètre fœtal est plus grand que le diamètre du bassin et la tête ne pourra pas s'engager.

Tel est le premier essai qui marque bien ce désir de pratiquer l'accouchement prématuré le plus tard possible ; et en se rapprochant autant que possible du terme dela grossesse, de faire naître des enfants plus robustes.

Cependant que faisait-on à l'étranger ?

En Angleterre, avec Barnes et Simpson, l'accouchement prématuré régnait, peut-être encore plus qu'en France.

Il était également très répandu en Allemagne où l'on employait en même temps le forceps et la version ; mais de plus Saüger à Leipsig commençait à parler de l'opération césarienne conservatrice et la pratiquait. En Italie, avec Morisani à Naples, la symphyséotomie était faite avec succès.

C'est au moment ou le traitement des dystocies pelviennes est à une période critique de son histoire que Pasteur publie ses découvertes.

Bientôt l'antisepsie faisant son apparition va être appliquée à la chirurgie. Grâce à la méthode antiseptique,la mortalité opératoire s'atténue considérablement: les opérations chirurgicales deviennent possibles sans danger... L'obstétrique devait évidemment bénéficier de ce mouvement qui amena un

changement dans les idées au sujet du traitement de la dystocie pelvienne.

Déjà nous l'avons vu, on s'efforçait d'extraire les enfants le plus près du terme. Les opérations chirurgicales vont permettre de les faire naître à terme. Dès 1885, M. Bar qui, au cours d'un voyage à Leipzig, avait vu opérer Saüger, pratique avec succès la césarienne conservatrice et publie à ce sujet une série de travaux (1). A quel moment doit-on pratiquer l'opération césarienne (2)? En 1891, M. Pinard, dans une leçon intitulée « accouchement provoqué », cherche à limiter l'abus de l'accouchement provoqué mais sans toutefois y être encore complètement hostile.

Il déplore la mort de 32 o/o des enfants qui naissent prématurément, tandis que les autres sont amoindris. Donc pas d'accouchement provoqué à moins de 9 centimètres du bassin et sept mois et demi de grossesse. Mais M. Pinard ira plus loin. Spinelli, assistant de Morisani, lui avait fait connaître la technique employée par son maître dans l'opération de la symphyséotomie.

Dès lors, M. Pinard avec Farabeuf et Varnier étudia cette opération au triple point de vue anatomique, clinique et opératoire. Il en devint tellement partisan qu'il condamna du même coup l'accouchement prématuré, les opérations de force et la césarienne. Et dans sa leçon faite à la clinique Baude-

---

1. *De l'Opération césarienne, (Semaine médicale,* 1887).
2. *Société de Médecine pratique,* 1888.

locque le 7 décembre 1891, il s'exprimait ainsi : « Nous sommes réduits soit à pratiquer une opération qui sauve la mère aussi sûrement qu'elle tue l'enfant, soit à pratiquer une opération qui sauve l'enfant en compromettant la vie de la mère. Resterons-nous toujours en face de cette cruelle alternative ? Serons-nous longtemps encore condamnés à ce supplice qu'il faut avoir enduré pour savoir ce qu'il est de tuer des enfants bien portants ou de faire courir à la mère les dangers encore redoutables de l'opération césarienne ?

M. Pinard mène donc la campagne en faveur de la symphyséotomie renouvelée, il publia les résultats obtenus à la clinique Baudelocque en 1891, 1892 et au Congrès de Rome en 1894 il prononce cette phrase définitive : « L'embryotomie sur l'enfant vivant doit être à jamais proscrite. »

Nous retrouvons ainsi à la fin du XIXe siècle comme à la fin du XVIIIe la lutte entre césariens et symphysiens, mais en plus entre les partisans de l'accouchement provoqué. Se trouvent donc en présence : les césariens avec M. Bar qui se prononce en faveur de la césarienne conservatrice ; les symphysiens avec M. Pinard et toute l'école de la clinique Baudelocque ; les partisans de l'accouchement prématuré provoqué avec Tarnier et Budin.

En 1804, M. Pinard publie des statistiques favorables à la symphyséotomie et résume ainsi sa pratique : « J'ai maintenant abandonné toute application de forceps au détroit supérieur, dans les rétrécisse-

ments du bassin parce que j'ai vu trop de têtes fracturées, parce que Farabeuf m'a montré comment et pourquoi on les fracturait avec une si grande facilité ; j'ai abandonné l'accouchement provoqué parce que j'ai fait naître trop de fois des enfants non viables, parce que dans d'autres circonstances j'intervenais trop tard et parce qu'enfin les travaux les plus récents des neuro-pathologistes démontrent qu'un enfant né avant terme, difficilement, est bien plus qu'un autre candidat aux diplégies cérébrales. De là tous mes efforts pour agrandir le canal que doit traverser le fœtus à terme (1) et Farabeuf décrivant son ischio-pubiotomie écrit : « Avec cette opération on ne verra plus cette symphyse qui éclate avec bruit, cet œil expulsé et ramassé sous la table, des centaines de pariétaux défoncés. »

La méthode de la clinique Baudelocque est donc bien nette et nous la résumerons ainsi :

1° Abandon de l'accouchement prématuré artificiel ;

2° Abandon de toute application de forceps et de toute opération impliquant la lutte de la tête fœtale contre une résistance osseuse du bassin ;

3° Abandon absolu de l'embryotomie sur l'enfant vivant ;

4° Agrandissement momentané du bassin (par symphyséotomie, pubiotomie coccygotomie), dans

1. *De la Symphyséotomie à la clinique Baudelocque*, 1893, p. 32.

tous les cas où il y a résistance osseuse non vaincue par les contractions et où le calcul démontre qu'un écartement du bassin ne dépassant pas 7 centimètres permettra le passage d'une tête de fœtus à terme (1).

Cependant Budin restait fidèle à la doctrine de Tarnier, et s'efforçait par des manœuvres savantes et habiles à extraire l'enfant par le bassin. Nous avons vu l'usage qu'il faisait de la version : avec le forceps il tâchait de vaincre la résistance osseuse du bassin, et dans les positions transversales de la tête au détroit supérieur, il recommandait les applications de forceps obliques qui sans être très correctes avaient le double avantage d'être solides et non dangereuses. « Dans ces conditions la tête a toujours le diamètre bi-temporal ou un diamètre voisin en rapport avec le diamètre minimum du bassin. Rien de ce qui a été acquis par les contractions utérines n'est détruit ; on bénéficie au contraire des déformations plastiques et de la réduction des diamètres crâniens. On se contente d'ajouter une nouvelle force, une vis à fronte à la vis à tergo insuffisante » (Budin).

Comme son maître Tarnier, il restait partisan de l'accouchement prématuré provoqué. Les travaux se multiplient à ce sujet, on cherchait à mesurer la tête fœtale (2), on s'efforçait de perfectionner les moyens d'élever les nourrissons. Budin se consacrait alors presque entièrement à cette question de puériculture

---

1. *La Symphyséotomie à la clinique Baudelocque*, 1894, p. 1.
2. Thèse de Paris, 1895.

qui devait aboutir à la création des consultations de nourrissons.

La lutte fut vive entre ces deux écoles : tous les arguments furent donnés, toutes les invectives furent employées. En somme, il y a là, dit Bar, « deux doctrines, l'une, soutenue brillamment par M. Pinard, a pour base le respect absolu des intérêts de l'enfant et le rejet des interventions qui lui peuvent nuire. »

Je ne puis admettre, dit, en effet, M. Pinard, qu'on discute l'opportunité d'une intervention en se basant sur la valeur morale ou sociale de la vie de la mère ou de celle de l'enfant. L'autre doctrine a pour base essentielle le respect des intérêts de la mère auxquels ceux de l'enfant peuvent se trouver sacrifiés s'il est nécessaire (1). » Mais, pendant que se poursuivait cette lutte, les césariens ne restaient pas inactifs et M. Bar continuait sa campagne pour l'opération césarienne. En 1900, il publiait le premier volume de ses *Leçons de pathologie obstétricate* dans lequel reprenant tout l'historique et se basant sur des faits personnels soigneusement étudiés, il concluait nettement en faveur de la césarienne conservatrice. C'est la période actuelle qui commence, au seuil du XXe siècle et qu'il nous reste à étudier.

Si l'on veut avoir une vue d'ensemble résumée sur l'histoire du XIXe siècle, on peut se reporter à ce qu'écrit Bar en 1900 dans ses *Lecons de pathologie obstétricale* (1er fasc., p. 11). « Pendant le XIXe siècle

1. Bar, *Leçons de path. obstétricale*, p. 191.

trois étapes ont été successivement franchies : dans la première où dominent les noms de Michaëlis, Litzmann, Nœgelé et aussi celui de Paul Dubois, on a surtout étudié le bassin, fixé les règles du diagnostic, donné une base anatomique précise aux tentatives opératoires et à leur technique.

» Dans la seconde qui se termine à peine,on a perfectionné les interventions qui permettent l'extraction du fœtus par les voies génitales ; là brillent les travaux de Tarnier sur le forceps, la basiotripsie, l'accouchement provoqué, ceux des accoucheurs anglais Simpson, Barnes,sur la version et le passage de la tête dernière dans le bassin rétréci.

» La troisième commence. Elle dérive de l'introduction de l'antisepsie dans la pratique obstétricale. Elle a fait renaître avec Porro, Léopold et Saüger l'opération césarienne; avec Morisani, Farabeuf et Pinard la symphyséotomie.

LE XXe SIÈCLE

Presque tout le monde est d'accord, au début du xxe siècle,à reconnaître les inconvénients des opérations qui n'ont d'autre but que de faire sortir l'enfant par la force d'un bassin trop étroit. On cherche donc à agrandir le bassin par la symphyséotomie ou à créer une voie artificielle par l'opération césarienne. Sans être de l'avis des anciens qui pensaient que les parties basses devaient être sans

hésitation sacrifiées à la partie noble, c'est-à-dire au produit de conception,nous pensons que l'antisepsie a tellement réduit la mortalité maternelle, que l'on peut hardiment faire un grand pas vers l'évolution chirurgicale franche.

Cela simplifie singulièrement la technique opératoire ; lorsqu'au cours du travail, l'accouchement est laborieux, nous avons une opération qui nous viendra en aide, la symphyséotomie. Si avant le travail,ou au début du travail, nous avons constaté par la mensuration que la filière pelvienne est trop rétrécie pour laisser passer un enfant à terme, n'hésitons pas à lui créer par la section césarienne une issue plus favorable.

Il ne peut plus être question de forceps au détroit supérieur, ni de version, opérations dont l'école Pinard a fait la critique et encore moins d'embryotomie sur l'enfant vivant. A l'étranger la même technique est en faveur et nous pouvons en juger à titre d'exemple par l'article du Dr Macnaughton Jones, président de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie(1) qui condamne les anciennes méthodes et qualifie l'embryotomie sur l'enfant vivant de procédé horrible. Il divise ses bassins en cinq degrés. Dans les deux premiers (jusqu'à 8 centim. inclus de conjugué) il préconise l'expectative et le forceps, au besoin la version,si elle est légitimée par le prolapsus du cordon ; mais, on ne doit pas hésiter, si le travail

---

1. *Royal Society of medicine*, february, 1910.

dure trop, à s'aider de la symphyséotomie, car le forceps élevé ne doit être appliqué qu'après élargissement du bassin.

S'il fait la symphyséotomie, dans les rétrécissements du troisième degré (de 8 à 7 inclus) quand la femme est en travail depuis longtemps et les membranes rompues, il n'hésite pas à faire la section césarienne au début du travail. Il a toujours recours à cette dernière opération dans les rétrécissements du quatrième et du cinquième degrés (au-dessous de 7).

Quant à la pratique de l'accouchement prématuré provoqué, il trouve que « la provocation du travail n'est jamais œuvre sage ».

C'est là, il semble, une réédition de la technique employée à la clinique Baudelocque. Elle pourrait se résumer ainsi : au cours du travail, d'abord l'expectative, ensuite la symphyséotomie ; avant le travail, l'opération césarienne.

L'antisepsie a donc amélioré dans une large mesure les opérations sanglantes ; sont-elles cependant sans inconvénient. Évidemment non ; car si on lit le livre I des *Leçons de Pathologie obstétricale*, 1900, on verra que M. Bar décrit tout au long les inconvénients de la symphyséotomie, qu'il divise en conséquences immédiates et conséquences éloignées, « la symphyséotomie peut en effet être suivie de mort » et c'est une opération qui ne peut guère être répétée. Il n'en est pas de même de la césarienne, il est vrai, mais cette dernière a un autre inconvénient. Faite

avant ou au début du travail, elle peut nous priver dans certains cas, parfois plus nombreux qu'on le croit, des chances d'un accouchement spontané. L'accouchement spontané peut en effet avoir lieu dans les bassins peu viciés à terme, de sorte que l'enfant est viable. M. Bar dans ses leçons sur le traitement des dystocies pelviennes (1) attire l'attention sur ce fait. Dans ce cas toute intervention chirurgicale serait parfaitement inutile et même nuisible.

Se basant sur les statistiques, M. Bar est arrivé à ces conclusions que au-dessus de 9 centimètres de bassin, on est en droit de compter sur la terminaison spontanée du travail, car elle se produit dans plus de 80 o/o des cas. Entre 9 et 8 centimètres le pronostic est difficile à établir, car dans 36 o/o des cas il faut intervenir. Ce chiffre de 36 o/o est une proportion qui est loin d'être négligeable. Aussi Bar fera entre 8 et 9 deux subdivisions. Au-dessous de 8 centimètres on ne doit plus compter sur l'accouchement spontané car il est exceptionnel.

En se basant sur les faits Bar a constaté que les bassins compris entre 8 cm. 6 et 9 centimètres pouvaient être rattachés aux bassins de plus de 9 centimètres, ceux compris entre 8 cm. 5 et 8 centimètres pouvant être rattachés aux bassins mesurant moins de 8 centimètres de conjugué (Marioton).

Il s'agit dans ces cas de l'accouchement spontané

1. Marioton, *l'Obstétrique*, 1910.

quand le poids de l'enfant à terme est normal c'est-à-dire pèse 3.000 grammes et au-dessus. Cependant l'accouchement spontané peut encore se faire entre 8 cm. 5 et 8 centimètres, à condition que le poids de l'enfant varie entre 2.500 et 3.000 grammes.

Nous pouvons résumer ainsi :

De 8 cm. 6 à 9 centimètres et au-dessus, accouchement spontané avec un enfant de poids normal ;

De 8 cm. 5 à 8 centimètres, accouchement spontané avec un enfant pesant de 2.500 à 3.000 grammes;

Au-dessous de 8 centimètres, l'accouchement spontané, outre qu'il est exceptionnel, ne peut être envisagé car la mortalité des enfants pesant moins de 2.500 grammes est considérable.

Faire l'opération césarienne, c'est donc se priver de l'espoir d'un accouchement spontané.

Mais, d'autre part, attendre c'est se voir obligé, et dans une large mesure, à revenir aux anciennes opérations reconnues nuisibles à l'enfant.

Entre ces deux alternatives, à quelle méthode, à présent que nous connaissons les espoirs de l'accouchement spontané, allons-nous avoir recours? M. Bar tranche cette question délicate en prenant un moyen terme, utilisant d'une façon éclectique l'une et l'autre méthode, il en néglige les points extrêmes, et conservant pratiquement ce que l'expérience a vérifié au point de vue des résultats, il précise et indique nettement comment et dans quels cas il faut intervenir. Ces indications comme toujours seront basées sur les faits cliniques et sur les statistiques.

En principe, à partir de 8 cm. 6 de bassin, nous attendrons donc l'accouchement spontané, et s'il ne se fait pas, nous aurons recours aux anciennes interventions mais seulement dans ces limites. Et quel en sera le résultat expérimental ?

Il nous est donné par le pourcentage de la mortalité fœtale. Or, nous voyons d'après les statistiques, que dans les bassins de plus de 9 centimètres la mortalité varie entre 10 et 14 o/o suivant le poids de l'enfant, mortalité comparable à celle de l'accouchement normal. Elle est à peu près la même (14,91 o/o) dans les bassins de 8 cm. 6 à 9 que l'on fait rentrer dans la catégorie précédente à condition toutefois que le poids de l'enfant ne dépasse pas 3.000 grammes (Marioton) (2.500 à 3.000 gr.).

Le pronostic des anciennes opérations ainsi pratiquées dans ces limites indiquées n'est pas plus mauvais que celui des opérations chirurgicales, et il permet d'escompter les chances d'accouchement spontané dans ces mêmes limites où il est possible. Et puis si « la renaissance de la symphyséotomie, celle de la section césarienne constituent un progrès réel... n'oublions pas que ces interventions sont dangereuses. Si nous avons le devoir de ne jamais négliger les intérêts de l'enfant, sachons qu'aucune doctrine ne serait plus décevante que celle qui nous ferait oublier pour une existence fragile et compromise ceux autrement importants de la mère. Ne faisons donc courir à celle-là les dangers inhérents à la section de la symphyse à l'incision de l'utérus que

lorsque ces opérations nous paraîtront devoir être suivies de succès pour l'enfant avec le minimum possible de dangers pour la mère.

» A mon sens, le but que nous devons poursuivre est de faire disparaître ces interventions de la thérapeutique des bassins rétrécis mesurant plus de 85 millimètres dans leur diamètre minimum et de réduire leur fréquence dans les bassins de 80 à 85 millimètres (1). »

Nous devrons donc recourir aux opérations sanglantes lorsque le bassin mesure moins de 8 centimètres de conjugué car au-dessous de cette limite le pronostic est franchement mauvais pour l'enfant soit qu'il ait été lésé dans les interventions, soit que son poids soit insuffisant pour sa viabilité. Les statistiques montrent que le pourcentage de la mortalité fœtale qui s'accroît dans les bassins de 8 cm. 5 à 8, devient considérable dans ceux dont les dimensions sont au-dessous de 8 centimètres (Marioton). Nous n'aurons pas recours aux opérations sanglantes si le bassin mesure 8 cm. 6 et au-dessus. Nous emploierons alors le forceps, la version, l'embryotomie et l'accouchement prématuré provoqué. Ces différentes opérations ont chacune leurs indications. Bar les a fixées ainsi : il emploie le forceps si la femme est une primipare, si la tête fœtale est déjà fixée, si le segment inférieur et l'anneau de Bandl sont rigides.

Il préfère la version si la femme est une multipare,

---

1. Bar, *Leçons path. obst.*, p. 207.

si la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur, les membranes intactes, la paroi utérine souple, le cordon procident (1). Il emploie la césarienne avant et au début du travail, il préfère la symphyséotomie si les membranes sont rompues depuis longtemps, si des tentatives d'extraction par le forceps ont été faites sans résultat. Il fait l'embryotomie sur l'enfant mort, mais il l'a fait encore si après échec du forceps ou de la version, l'écoulement du méconium, le ralentissement, l'irrégularité et la faiblesse des battements du cœur font penser que l'enfant souffre; en un mot si son existence est fortement compromise, éventualité rare dans les limites indiquées.

Quant à l'accouchement provoqué « ne nous laissons pas arrêter par cette objection qu'un certain nombre de ces enfants que nous faisons naître avant terme sont voués à devenir plus tard des êtres fragiles et maladifs, qu'ils seraient nés spontanément si on avait laissé la grossesse se poursuivre jusqu'à son terme normal. La réalité est tout autre : réservé au bassin mesurant plus de 85 millimètres dans son diamètre conjugué supérieur, l'accouchement provoqué permet d'avoir des enfants assez développés pour être parfaitement élevables » (2).

Cependant l'accouchement spontané, nous l'avons vu, existe dans une large mesure et on peut à l'accouchement provoqué adresser un peu les mêmes

---

1. *Leçons de Path. obst.*, 1900, t. I, p. 179.
2. Bar, *Path. obst.*, 1900, p. 162.

reproches qu'à la césarienne. Ces deux opérations ne tiennent pas compte de la possibilité d'un accouchement spontané à terme. Aussi M. Bar ne le pratique pas chez les primipares, il restreint l'accouchement provoqué aux seules multipares ayant un bassin de plus de 8 cm. 5 et chez lesquelles en outre le fœtus est volumineux (thèse Desnoues, 1911). Nous ferons donc le tableau suivant :

De 8 cm. 6 à 9 centimètres et au-dessus	Accouchement spontané	Forceps, version embryotomie Accouchement provoqué
Au-dessous de 8 centimètres	Symphyséotomie Opération césarienne	Forceps, version
De 8 centimètres à 8 cm. 5	Cas particuliers	

S'il faut tenir compte dans ce tableau des cas particuliers qui ne peuvent y rentrer et pour lesquels la connaissance du rapport entre le bassin et la tête fœtale par le palper mensurateur nous sera d'un grand secours, il faut remarquer que les bassins compris entre 8 et 8 cm. 5 ne peuvent constituer que des cas particuliers. En effet, si le pronostic de la mortalité fœtale devient franchement mauvais au-dessous de 8 centimètres dans les interventions par le bassin, s'il est suffisamment bon au-dessus de 8 cm. 5, il y a entre ces deux limites une place à l'imprévu, une balance où bons et mauvais cas s'équilibrent : 8 cm. 5

est le point critique. C'est en effet à partir de ce chiffre que forceps et version peuvent devenir meurtriers ; l'accouchement provoqué y est généralement nuisible sauf cependant dans le cas où le bassin est simplement aplati (Desnoues). Plus nous descendons au-dessous du point critique et plus l'accouchement deviendra laborieux et le pronostic mauvais, plus les bons cas deviendront exceptionnels. Donc si dans ces limites nous avons affaire à un bassin généralement rétréci ou à un enfant un peu gros dans un bassin aplati, nous n'aurons à notre disposition que deux opérations : la symphyséotomie et la césarienne.

Or, d'une part, nous connaissons les méfaits de la symphyséotomie ; d'autre part nous savons que le pronostic immédiat d'une césarienne faite aseptiquement est excellent. Dans l'avenir de nouvelles grossesses peuvent faire courir à la femme quelques risques à cause de l'opération récidivée. Ces risques cependant sont minimes et « la crainte de les voir se produire ne doit pas nous autoriser à abandonner la section césarienne conservatrice au profit des opérations mutilatrices » (Bar). Nous savons aujourd'hui qu'une nouvelle grossesse peut évoluer sans difficulté après cette opération. Nous savons aussi que les adhérences intestinales post-opératoires sont dues à l'infection ou à des sutures mal faites. Ces adhérences peuvent donc être évitées, ainsi que l'affaiblissement de la paroi utérine qui en est la conséquence, si on opère habilement et si on prend les

précautions antiseptiques nécessaires (1). On peut renouveler l'opération à condition d'opérer avant le début du travail et de varier le lieu de l'incision. « L'avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne classique conservatrice » est assez bon pour qu'on ne cherche point d'autre intervention dans les limites indiquées. La question se trouve donc résolue ainsi : en présence des dangers minimes auxquels donne lieu aujourd'hui l'opération césarienne conservatrice, on n'hésitera pas, sauf quelques cas particuliers, à la pratiquer même quand le bassin mesure de 8 à 8 cm. 5 de promonto-pubien minimum.

1. Thèse de Marioton.

CONCLUSIONS

I

L'étude scientifique du traitement de la dystocie pelvienne ne commence en réalité qu'au XVIII[e] siècle. C'est à l'étude des procédés opératoires que se consacrèrent d'abord les accoucheurs et il en résulta que dès le début l'obstétrique fut dotée des opérations capitales que nous employons encore aujourd'hui (opération césarienne, forceps, version, embryotomie, symphyséotomie, accouchement prématuré provoqué).

II

Dans le siècle suivant, ce fut surtout à poser les indications de ces diverses interventions que travaillèrent les accoucheurs. C'est à cette époque que fut complétée l'étude du bassin et que naquirent et furent perfectionnées la pelvimétrie et l'exploration méthodique de la cavité pelvienne.

III

Les accidents occasionnés par les opérations sanglantes avant les découvertes de Pasteur orientèrent

les efforts vers le perfectionnement des interventions par voie basse beaucoup moins meurtrières. Il en résulta le perfectionnement des méthodes et de l'instrumentation.

IV

Le souci de sauvegarder à tout prix la vie de la mère, la crainte de l'intervention sanglante, firent que l'accouchement prématuré provoqué prit une place considérable dans la thérapeutique de la dystocie pelvienne.

V

Les découvertes pasteuriennes, en provoquant la renaissance de la chirurgie, bouleversèrent également l'obstétrique opératoire en rendant toute leur valeur aux opérations sanglantes.

VI

Grâce à ces interventions, on pouvait tout en sauvegardant la vie de la mère, faire naître des enfants viables.

VII

Avec les progrès actuels de la chirurgie et de l'antisepsie, la crainte d'aborder le péritoine n'existe plus. L'opération césarienne reprend toute sa valeur.

VIII

Aujourd'hui l'accord semble fait entre les accou-

cheurs sur la conduite à tenir dans les rétrécissements pelviens.

Lorsque la femme est vue pendant la grossesse :

Au-dessus de 8 cm. 5 de promonto-pubien : attendre opérations par voie basse. Accouchement prématuré dans certains cas bien déterminés.

De 8 centimètres à 8 cm. 5, suivant les cas, attendre et terminer par une intervention par voie basse en s'aidant au besoin de la symphyséotomie ; dans d'autres cas faire 'opération césarienne à la fin de la grossesse ou au début du travail.

Au-dessous de 8 centimètres, opération césarienne.

IX

Lorsque la femme est en travail depuis un certain temps, si les membranes sont rompues et si l'on n'est pas assuré de la non infection de l'œuf, on n'emploiera que la voie basse.

X

La césarienne doit être réservée aux cas absolument purs de toute infection.

BIBLIOGRAPHIE

MAURICEAU.

DEVENTER. — Observations importantes sur le manuel des accouchements. Traduction Bruier d'Ablaincourt. Paris, 1736.

PUZOS. — Traité des accouchements. Paris, 1759. B. Cazeaux.

DE LA MOTTE. — Traité complet des accouchements naturels et non naturels, 1765.

LEVRET. — L'Art des accouchements, 1766.

SMELLIE. — Traité de la théorie et pratique des accouchements, 1754. Traduction de Préville.

SIGAULT. — Mémoire lu à la Faculté de Médecine le 3 décembre 1777.

— Délibération de la Faculté. Rapport.

SUE. — Essais historiques littéraires et critiques sur l'art des accouchements. Paris, 1779.

SIEBOLD. — Essai d'une histoire de l'obstétricie. Traduction Herrgott, 1891.

GUÉNIOT. — Thèse d'agrégation. Paris, 1866.

WITKOWSKI. — Histoire des accouchements chez tous les peuples.

BAUDELOCQUE. — Art des Accouchements.

NŒGELÉ et GRENSER. — Traité des accouchements, traduit par Aubcnas. Observations sur Nœgelé. Traduction de Danyau.

MICHAELIS (par Litzmann). — Das Erge Beeken.

CHANTREUIL. — Thèse de Paris, 1869.

CAPURON. — Traité des accouchements.

DUBOIS (Paul). — Dans les différents cas d'étroitesse du

bassin que convient-il de faire? Thèse d'agrégation, 1834.

Lachapelle (Mme). — Traité des accouchements.

Pajot. — De la Céphalotrepsie répétée.

Desnoues. — Accouchement provoqué. Thèse de Paris, 1911.

Tarnier et Budin. — Traité des Accouchements.

Pinard. — Recherches de pelvimétrie et de pelvigraphie sur 100 bassins viciés. Thèse de 1874.

Budin. — De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. Thèse de Paris, 1876.

Champetier de Ribes. — Du mécanisme de la sortie de la tête dernière. Thèse de Paris, 1878.

Pinard. — Éloge de Tarnier prononcé à l'Académie, 1908.

Berthod. — Thèse de Paris, 1887.

Pinard. — De la Symphyséotomie à la clinique Baudelocque. 1891-1892-1893-1894.

Farabeuf. — De l'Ischio-pubiotomie.

Perret. — Thèse de Paris, 1895.

Bar. — Leçons de Pathologie obstétricale, fasc. I, 1900.

Royal Society of medicine, february, 1910.

L'obstétrique, 1910. Article de Marioton.

Leçon de Paul Bar. Clinique Tarnier, 1910.

Marioton. — Thèse de Paris, 1911.

Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris.

TABLE DES MATIÈRES